Trendrapportage GGZ 2012

Deel 3A: Kwaliteit en effectiviteit

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Naar transparante kwaliteitsinformatie



2012

Trendrapportage GGZ 2012

Deel 3A: Kwaliteit en effectiviteit

Naar transparante kwaliteitsinformatie

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2012

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding
Dr. J. Nuijen

Projectuitvoering
Dr. J. Nuijen
Drs. M. Veerbeek
Dr. B. van Wijngaarden

Eindredactie
Dr. J. Nuijen

Met dank aan
Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS

Productiebegeleiding
Kathy Oskam

Opmaak en druk:
Canon Nederland N.V.

ISBN: 978-90-5253-738-2

Deze uitgave is te bestellen of te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1195**.

Onder de noemer Trendrapportage GGZ brengt het Trimbos-instituut vanaf 2008 jaarlijks een serie rapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de GGZ. Daarbij vervult de Trendrapportage GGZ een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staat de Trendrapportage GGZ ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

Inhoudsopgave

Samenvatting

Vooraf

Het verbeteren van de kwaliteit van zorg is één van de speerpunten van het beleid van het Ministerie van VWS. Hiervoor is het essentieel een goed beeld te krijgen van de kwaliteit van de zorg die zorgaanbieders leveren en van het oordeel van cliënten over deze zorg. Een belangrijke focus in het beleid van het Ministerie van VWS is dan ook de kwaliteit van geleverde zorg meetbaar en inzichtelijk te maken. Naast de overheid zijn er verschillende andere partijen die behoefte hebben aan transparante kwaliteitsinformatie, waaronder de zorgaanbieders en professionals (o.a. voor de sturing en verbetering van het eigen zorgproces), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (voor het identificeren van zorgaanbieders bij wie naar verwachting het risico op onverantwoorde zorg groot is), zorgverzekeraars (als leidraad voor het inkopen van kwalitatief goede zorg), en – *last but not least* – cliënten (voor het maken van een keuze voor een zorgaanbieder of behandeling).

In twee hoofdstukken wordt een overzicht en evaluatie gegeven van de ontwikkelingen rond twee methoden om de kwaliteit van de geleverde zorg in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) inzichtelijker te maken: het gebruik van prestatie-indicatoren (hoofdstuk 1) en Routine Outcome Monitoring (ROM) (hoofdstuk 2).

1 Prestatie-indicatoren in de geestelijke gezondheidszorg: wat is er bereikt en hoe verder?

1.1 Inleiding

Sinds de Leidschendamconferentie in 2000 is in het kwaliteitsdenken de nadruk komen te liggen op het transparant maken van de prestaties van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg (VZ). Aan de hand van proces-, structuur- en uitkomstindicatoren zou inzicht worden verkregen in de kwaliteit van de verstrekte zorg. Tevens zou, door het vaststellen van een vaste set helder omschreven indicatoren, een vergelijking mogelijk worden tussen de prestaties van de verschillende GGZ- en VZ-instellingen, en zou de ontwikkeling van de prestaties van elke instelling door de jaren heen kunnen worden gevolgd. In 2006 werd de eerste Basisset prestatie-indicatoren voor de GGZ en VZ, ten behoeve van de jaarlijkse verantwoording in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV), samengesteld. De indicatoren waren verdeeld over drie thema's: effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. Dit hoofdstuk geeft een overzicht en evaluatie van de ontwikkelingen die zich sindsdien hebben voorgedaan rond de prestatie-indicatoren.

1.2 Markeringspunten in de (door)ontwikkeling van de prestatie-indicatoren

In de jaren die volgden op de introductie van de eerste Basisset werden herziene versies gemaakt, aan de hand van praktijkervaringen met de indicatoren en onderzoeken naar de validiteit en betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens. Indicatoren werden verwijderd, toegevoegd en/of opnieuw gedefinieerd. Hetzelfde gold voor de cliëntgroepen voor wie bepaalde indicatoren van toepassing waren. In totaal zijn er tot op heden vijf versies van de prestatie-indicatoren verschenen (voor de verslagjaren 2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011 en 2012) onder de verantwoordelijkheid van de Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (voorheen Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ geheten).

In de ontwikkeling van de sets prestatie-indicatoren zijn drie specifieke markeringspunten te onderscheiden. Ten eerste de samenstelling van een eigen subset indicatoren voor de forensische psychiatrie vanaf 2009. Voor die tijd waren deze indicatoren ondergebracht in de 'algemene' Basisset. Het tweede markeringspunt betreft de reductie van de Basisset tot de beknopte Kernset GGZ/VZ 2011. Niet alleen werd de set teruggebracht van 28 tot de 18 meest betekenisvolle indicatoren, ook werd voor de verzameling van cliëntgegevens aansluiting gezocht bij de ontwikkeling van Routine Outcome Monitoring-systemen. Het derde markeringspunt betreft de Kernset GGZ/VZ 2012, een aanscherping van de Kernset GGZ/VZ 2011. Indicatoren werden opnieuw gedefinieerd volgens de gereedgekomen Indicatorenstandaard, er werd een verplichte set ROM-instrumenten voorgeschreven voor het meten van uitkomstindicatoren ('ernst van de problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven') en de dataverzameling zou voortaan op het niveau van alle cliënten moeten plaatsvinden. Ook voor de forensische psychiatrie werd een Kernset prestatie–indicatoren samengesteld, bestaande uit acht indicatoren. Hiervoor werden wat betreft de uitkomstindicatoren geen verplichte ROM-instrumenten voorgeschreven. Wel werd geadviseerd om gebruik te maken van door de Stuurgroep ROM GGZ aanbevolen instrumenten.

Hiermee is in de periode 2006-2012 sprake geweest van de transformatie van een set indicatoren op een hoog aggregatieniveau (het niveau van de instelling), en deels gebaseerd op gegevens van een steekproef uit cliënten, tot een beperkte set indicatoren waarvoor daar waar van toepassing op cliëntniveau data worden verzameld, en die wat betreft de GGZ één-op-één gekoppeld is aan de ROM-systemen. De verwachting is dat deze ontwikkeling leidt tot gegevens die op alle aggregatieniveaus bruikbaar zijn, dus zowel op het niveau van een afdeling of zorgeenheid, als op instellings- en landelijk niveau.

1.3 Het aanleveren van gegevens: een toenemende dekkingsgraad

Het blijkt dat er in de periode 2007-2011 sprake is van een toenemende dekkingsgraad: het lukt steeds meer geïntegreerde GGZ-instellingen om gegevens voor de indicatoren aan te leveren. Dit zegt overigens niets over de compleetheid en/of betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens, alleen dát er gegevens werden aangeleverd. De toegenomen dekkingsgraad werd deels veroorzaakt door het feit dat in de beginjaren de gegevens voor sommige indicatoren op vrijwillige basis konden worden aangeleverd. Vanaf het verslagjaar 2011 zijn alle indicatoren verplicht gesteld, waardoor de dekkings-

graad in principe 100% zou moeten zijn. Vrijwel alle geïntegreerde GGZ-instellingen konden dan ook de vereiste gegevens voor de Kernset GGZ/VZ 2011 aanleveren. Uitzonderingen waren de veranderingen in de ernst van de problematiek voor sommige cliëntengroepen, het aantal insluitingen en dwangmedicaties en de duur daarvan, en de incidenten in de zorg. De dekkingsgraad voor deze indicatoren bleef wat achter. Voor de laatste twee indicatoren had de incomplete gegevensaanlevering te maken met de wijze van registratie of het ontbreken van een geschikt instrument.

De CQ Index kortdurende ambulante GGZ en VZ werd in 2010 verplicht gesteld en de gegevens ervan werden in 2011 door alle geïntegreerde GGZ-instellingen aangeleverd. Dit gold nog niet voor de versies voor de klinische GGZ en VZ, Beschermd Wonen (BW) en Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW). Deze werden nog niet of nauwelijks aangeleverd. Deze versies van de CQ Index waren voor verslagjaar 2011 nog facultatief, maar zijn per verslagjaar 2012 verplicht gesteld. De vraag is welke dekkingsgraad voor deze instrumenten in 2012 gehaald zal worden.

1.4 Naar standaardisatie van het meten van uitkomst-indicatoren: de koppeling met Routine Outcome Monitoring (ROM)

Vanaf de invoering van de eerste Basisset prestatie-indicatoren is er een discussie gevoerd over het vaststellen van standaardinstrumenten, teneinde benchmarking (vergelijking tussen instellingen) mogelijk te maken. Wat betreft de uitkomstindicatoren 'ernst van de problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven' was dat niet het geval. Ondanks dat de Stuurgroep Zichtbare Zorg een beperkte set van instrumenten sterk aanbeval, was de keuze voor een instrument vrij tot en met verslagjaar 2011. De vergelijking tussen zorgaanbieders bleef hiermee problematisch, omdat instellingen verschillende meetinstrumenten gebruikten voor de uitkomstindicatoren.

De koppeling per 2012 aan ROM-systemen met daarin een set verplichte instrumenten lijkt dit probleem niet op te lossen. Er blijft een ruime keuze aan instrumenten, zodat vergelijking moeilijk blijft. De Stichting Benchmark GGZ (SBG) doet pogingen om, door middel van statistische methoden, genormaliseerde (en daarmee vergelijkbare) uitkomsten te berekenen. Dit blijkt echter vooralsnog niet mogelijk te zijn. De koppeling van ROM aan de Kernset GGZ/VZ 2012 zal nog steeds geen vergelijkbare gegevens opleveren, en daarmee geen landelijke benchmark.

Hierbij komt nog dat de ROM-systemen vooralsnog slecht zijn gevuld. Tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland was afgesproken dat GGZ-instellingen over 2011 voor 20% van de behandelingen informatie over een voor- en nameting aan de SGB zouden aanleveren, met een jaarlijkse stijging van 10% in de jaren daarna tot 50% voor- en nametingen in 2014 (Zorgverzekeraars Nederland/GGZ Nederland, 2010). Over 2011 blijkt echter – volgens de verzekeraars – dat slechts voor 1,5% van de behandelingen informatie over de effectiviteit toegankelijk was voor de zorgverzekeraars. Omdat voor 2012 de Kernset 2012 GGZ/VZZ de uitkomstindicatoren worden gekoppeld aan de ROM, heeft dit mogelijk nadelige consequenties voor de dekkingsgraad van deze indicatoren.

1.5 Meten van cliëntervaring: de CQ Index als standaardvragenlijst

Wat betreft de cliëntervaringen zijn er wel standaardinstrumenten, de CQ Index vragenlijsten. Er is echter onvrede over de bruikbaarheid van deze instrumenten. De vragenlijsten worden als te omvangrijk ervaren (zeker als zij als interview moeten worden afgenomen bij bepaalde groepen) en zij leveren in de ogen van de gebruikers slechts beperkte informatie op. Het onderscheidend vermogen is te gering, waardoor benchmarking niet mogelijk is. Deze kritiek is onder meer aanleiding geweest voor het samenstellen van een verkorte vragenlijst bestaande uit 19 vragen, waarbij de bestaande CQ Index-schalen zo veel mogelijk (in ingekorte vorm) zijn gehandhaafd, evenals de aansluiting bij de Kernset GGZ/VZ 2012. De lijst kan worden opgenomen in de ROM. Deze korte versie zal minder tijd, geld en energie kosten dan de oorspronkelijke versie. Het is echter de vraag of het probleem van het onderscheidend vermogen hiermee wordt opgelost.

1.6 De plaats van cliëntveiligheid in de Kernsets prestatie-indicatoren

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 wordt met name het terugdringen van insluitingen en dwangmedicatie genoemd als doelstelling voor de komende jaren. Hiervoor moeten alle GGZ-instellingen hun vrijheidsbeperkende maatregelen registreren met behulp van de Argus dataset en deze gegevens leveren aan de landelijke dataset voor het JMV. Op dit moment is de dekkingsgraad voor de indicator ‘dwang en drang’ al tamelijk groot, met name bij de geïntegreerde instellingen voor GGZ en VZ. Deze varieert tussen de 70,4% en 96,3%, waarbij opgemerkt moet worden dat deze percentages niets zeggen over de compleetheid en betrouwbaarheid van de aangeleverde data. Naar verwachting zal de dekkingsgraad verder toenemen, wat waarschijnlijk een positief effect zal hebben op de betrouwbaarheid van de verstrekte gegevens. Gegevens over dwangmedicatie ontbreken echter voor de forensische zorg. Hiervoor is geen indicator in de Kernset opgenomen.

Naast dwang en drang vallen nog vier andere speerpunten onder het landelijk Patiëntveiligheidsprogramma ‘Veilige zorg, ieders zorg’. Deze worden niet of slechts ten dele gedekt door de indicatoren in de Kernsets voor de GGZ en de forensische zorg. Agressie wordt in de GGZ en VZ alleen vastgelegd als de mate waarin cliënten zich (on)veilig voelen in een klinische setting. Medicatieveiligheid bij de forensische zorg wordt alleen vastgesteld in de vorm van het al of niet aanwezig zijn van een medicatiebewakingssysteem. Hoewel de systemen voor het veilig melden van incidenten (VIM) voorzien in de registratie van (tentamen) suïcides, is deze indicator uit de Kernsets verdwenen. Er is op dit moment dus nog sprake van een beperkte samenhang tussen het landelijk Patiëntveiligheidsprogramma en de prestatie-indicatoren. Een deel van de indicatoren is geoperationaliseerd als proces- of systeemindicator. Met de implementatie van de digitale VIM-systemen kan in de (nabije) toekomst worden beschikt over harde gegevens over de aard en ernst van veiligheidsincidenten. Wellicht geven deze cijfers een beter inzicht in de prestaties van instellingen op het gebied van veiligheid dan de huidige indicatoren in de Kernsets en is het te overwegen deze indicatoren opnieuw te operationaliseren en eventueel over te nemen in een nieuwe Kernset.

1.7 Van Zichtbare Zorg naar Kwaliteitsinstituut

De ontwikkeling en het beheer van de Basissets/Kernsets prestatie-indicatoren is vanaf 2006 onder de hoede geweest van de Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (voorheen Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ). Sinds 1 januari 2013 is hierin verandering gekomen met de oprichting van een nationaal Kwaliteitsinstituut, onderdeel van het Zorginstituut Nederland dat is ondergebracht bij het CVZ. In dit Kwaliteitsinstituut zijn de activiteiten op het gebied van kwaliteit van verscheidene instanties verenigd. Naast Zichtbare Zorg zijn hierin (onderdelen van) de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het College voor Zorgverzekeringen, de Nederlandse Zorgautoriteit, ZonMw, de Regieraad, het RIVM (KiesBeter.nl) en het Centrum Klantervaring Zorg ondergebracht. De stuurgroep die vanuit Zichtbare Zorg de ontwikkeling van prestatie-indicatoren heeft begeleid, is opgehouden te bestaan in de huidige vorm. Een deel van de taken wordt overgeheveld naar de veldpartijen (welke onderdelen zijn nog niet bekend). Gezien de doelstelling om 'slechte' indicatoren af te schaffen, indicatoren expliciet te koppelen aan de (professionele) standaarden en richtlijnen, en de ontwikkeling van indicatoren (deels) bij de veldpartijen te leggen, lijkt een volgende herziening van de Kernset aannemelijk. De uitvraag van indicatoren over 2012 zal nog volgens de Kernset plaatsvinden. Het traject daarna is onduidelijk.

1.8 Beschouwing

De afgelopen zes jaar zijn met de Basis- en Kernsets prestatie-indicatoren cijfers verzameld over de prestaties van instellingen voor GGZ, VZ en forensische zorg, ten behoeve van de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording. Hoewel er in deze jaren veel werk is verricht om te komen tot een bruikbare set indicatoren, zijn de betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid van de gemeten uitkomsten nog omstreden. Er is nog een aantal stappen te zetten voor een betere toepassing van deze informatie.

Beperkt bruikbare kwaliteitsinformatie door verschillende oorzaken

Hoewel de onderzochte geïntegreerde GGZ- en forensische instellingen in de loop der jaren steeds beter in staat waren om gegevens aan te leveren, heeft dit tot op heden slechts ten dele vergelijkbare uitkomsten tussen instellingen opgeleverd, of een reeks vergelijkbare uitkomsten binnen één instelling. Dit heeft vier oorzaken. Ten eerste is het de vraag hoe volledig en betrouwbaar de aangeleverde gegevens zijn. Niet alle instellingen waren in staat om alle data uit het registratiesysteem te halen en ook de procedures rond de dataverzameling varieerden. Ten tweede leidden de ervaringen met de dataverzameling en onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens tot vier herzieningen van indicatorensets, met sinds 2009 aparte sets voor de forensische psychiatrie. Deze indicatorensets hadden een steeds wisselende inhoud, waardoor de vergelijkbaarheid tussen instellingen en over de jaren lastig is. Ten derde was het mogelijk om voor de uitkomstindicatoren voor de ernst van de problematiek, het dagelijks functioneren, en de ervaren kwaliteit van leven, zelf meetinstrumenten te kiezen die onderling moeilijk vergelijkbaar zijn, soms zelfs binnen één instelling. Illustratief

hiervoor was een studie van de Erasmus Universiteit waarin een poging werd gedaan om voor een deel van de indicatoren een uitspraak te doen over de prestatie-uitkomsten in de periode 2006-2009. Deze bewerkingen van de data gaven wel enig beeld van de prestaties door de jaren heen, maar met een flinke slag om de arm. Ten vierde bleek dat het aggregatieniveau van de uitkomsten te hoog was voor praktisch gebruik. Gegevens moesten op instellingsniveau worden aangeleverd, waardoor er geen mogelijkheid was om binnen de instellingen te kunnen differentiëren tussen locaties en afdelingen.

Weg te nemen obstakels, uitdagingen, en op te lossen problemen

Sinds 2011 wordt een koppeling gelegd tussen uitkomstindicatoren en meetinstrumenten uit de ROM-systemen. Dit heeft als voordeel dat er veel meer dan voorheen sprake zal zijn van een uniforme aanpak en een uniform instrumentarium. Er komen idealiter gegevens beschikbaar op een zo laag mogelijk (lees: cliënt-) aggregatieniveau, waardoor deze bijvoorbeeld ook op afdelingsniveau bruikbaarder worden, in tegenstelling tot de jaren voor 2011, toen alleen op instellingsniveau werd gerapporteerd. Zowel uit het in 2010 gesloten bestuurlijk akkoord tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland als uit het recent gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, spreekt dan ook de ambitie dat binnen enkele jaren via ROM-systemen grote hoeveelheden data kunnen worden verzameld, waarmee onder meer benchmarks kunnen worden uitgevoerd.

Het is echter de vraag of deze ambitie wordt gehaald. Ten eerste worden er op dit moment nog maar mondjesmaat ROM-gegevens geleverd aan Stichting Benchmark GGZ (in 2011 zou een aanleverpercentage van 1,5% behaald zijn i.p.v. de afgesproken 20%). Ten tweede is het ook in de ROM-systemen mogelijk om voor het meten van één uitkomstindicator uit meerdere instrumenten te kiezen, terwijl het vooralsnog onduidelijk is of de uitkomsten van verschillende instrumenten zo kunnen worden bewerkt dat een onderlinge vergelijking (benchmarking) mogelijk is. Ten derde is het nog onduidelijk hoe verschillende instellingen met een eigen cliëntenpopulatie met elkaar vergeleken kunnen worden. Er is consensus over het feit dat er gecorrigeerd moet worden voor populatiekenmerken en/of andere verstorende variabelen (casemix correctie), maar nog niet over wélke kenmerken en variabelen dat zouden moeten zijn (zie hoofdstuk 2). Daar komt nog bij dat de CQ Index vragenlijsten, die per 2012 alle verplicht worden, onder vuur liggen, omdat ze te omvangrijk zouden zijn en te weinig gevoelig om een onderscheid te kunnen aantonen tussen instellingen. De (verplichte) koppeling van de prestatie-indicatoren aan de ROM, en het verplichte gebruik van de CQ Index vragenlijsten, lijken daarmee vooralsnog geen oplossing te bieden voor de problemen die zich bij de vorige versies van de indicatorensets voordeden. Er lijkt wel een slag te worden gemaakt wat betreft de betrouwbaarheid en validiteit van de dataverzameling, maar deze gaat (in elk geval op de korte termijn) wellicht ten koste van de dekkingsgraad, en ook de gewenste benchmarking is bij lange na nog niet bereikt.

Betere dekking van cliëntveiligheid?

Er is in dit hoofdstuk apart stilgestaan bij cliëntveiligheid. Vooral de indicator 'dwang en drang' wordt expliciet in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 genoemd.

Deze indicator is in de Kernset 2012 GGZ/VZ opgenomen in de vorm van het aantal en de duur van insluitingen en dwangmedicatie en in de Kernset 2012 Forensische psychiatrie in de vorm van het aantal en duur van de insluitingen. Voor de andere inhoudelijke speerpunten uit het landelijke Patiëntveiligheidsprogramma voor de GGZ, VZ en forensische zorg is de koppeling met de Kernsets minder goed. Een indicator voor suïcide ontbreekt bijvoorbeeld geheel. Met de invoering van digitale systemen voor veilig incidenten melden (VIM) zullen er in de nabije toekomst harde gegevens beschikbaar komen over (bijna-)incidenten in de zorg. Deze zouden kunnen worden gebruikt als input voor de Kernsets, die daardoor opnieuw zouden moeten worden aangepast. Dat wil zeggen dat de indicatoren in de Kernset passend zouden moeten worden gemaakt op de (of enkele van de) variabelen uit de VIM-registraties.

De toekomst van de prestatie-indicatoren

Tot op heden lag de regie voor de ontwikkeling van de indicatorensets en de aanlevering van gegevens bij de Stuurgroep Zichtbare Zorg. Met de installatie van het Kwaliteitsinstituut per 1 januari 2013 is het nog onduidelijk wie deze rol op zich zal nemen. Voor het verslagjaar 2012 worden de Kernsets 2012 nog aangehouden; wat er daarna gebeurt, is vooralsnog onbekend.

1.9 Conclusie

Er is in de afgelopen zes jaar veel werk verricht ten behoeve van het ontwikkelen van betrouwbare, valide, bruikbare en vergelijkbare sets prestatie-indicatoren voor de GGZ, VZ en forensische psychiatrie. De in dit hoofdstuk besproken problemen rond de dataverzameling en de onderlinge vergelijkbaarheid zijn echter nog niet opgelost. Er is nog een weg te gaan. De koppeling met ROM-systemen stemt hoopvol, maar dan zullen in de nabije toekomst oplossingen moeten worden gevonden voor de vulling van de ROM-systemen, de keuze voor standaardinstrumenten, en de keuze voor casemix-variabelen. Wellicht een schone taak voor het nieuwe Kwaliteitsinstituut.

2 Routine Outcome Monitoring in de geestelijke gezondheidszorg: een belofte voor de toekomst?

2.1 Inleiding

In hoofdstuk 1 is beschreven dat de introductie van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ in 2006 ondanks tussentijdse aanpassingen tot op heden slechts in beperkte mate geleid heeft tot bruikbare kwaliteitsinformatie over de verleende zorg in de GGZ. In de Kernset prestatie-indicatoren 2012 is voor wat betreft het meten van de effectiviteit van de geleverde zorg inmiddels aansluiting gezocht bij een methode die momenteel landelijk ingevoerd wordt in de GGZ: Routine Outcome Monitoring (ROM). In dit hoofdstuk worden een overzicht en evaluatie gegeven van de ontwikkelingen die geleid hebben tot de branchebrede implementatie van ROM, en de huidige stand van zaken.

2.2 ROM

ROM is een methode om de resultaten van een behandeling vast te stellen door middel van het periodiek meten van de aard en ernst van de klachten van cliënten. Rond de millenniumwisseling werden binnen verschillende projecten eerste stappen gezet om ROM toe te gaan passen in de GGZ. De aanname is dat ROM op vier manieren een bijdrage zou kunnen leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de GGZ. Primair door het ondersteunen van de behandeling en begeleiding van individuele cliënten. Daarnaast zouden ROM-gegevens op geaggregeerd niveau gebruikt kunnen worden om te leren, te verantwoorden en te onderzoeken. Het afleggen van verantwoording over de uitkomsten van de geleverde zorg – via benchmarking tussen GGZ-instellingen – aan zowel cliënten als financiers, is de laatste jaren sterk in de belangstelling komen te staan. Deze interesse heeft er aan bijgedragen dat de landelijke invoering van ROM in de GGZ in een stroomversnelling is geraakt.

2.3 Naar een landelijke invoering van ROM in de GGZ

KZN (2008-2010) en het project ROM GGZ (2009-2011)

Onder invloed van de toenemende roep om transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg in de GGZ werden zowel door zorgverzekeraars als door GGZ Nederland initiatieven ontplooid om ROM breed te implementeren binnen de GGZ.

Zorgverzekeraars omarmden ROM als een geschikte methode op basis waarvan GGZ-instellingen met elkaar vergeleken kunnen worden wat betreft behandelresultaten. Om deze benchmarkinformatie op basis van ROM-gegevens te verkrijgen, richtten zij in 2008 het Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) op.

Om het initiatief rond de ontwikkeling van ROM niet over te laten aan zorgverzekeraars, en benchmarking niet leidend te laten zijn, initieerde GGZ Nederland in 2009 het driejarige project ROM GGZ, dat gezamenlijk met het Landelijk Platform GGZ (LPGGz), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) werd uitgevoerd. Er werd een gezamenlijke visie op ROM geformuleerd, waarin onder meer de hierboven besproken vier doelgebieden van ROM onderscheiden worden (behandelen en begeleiden, leren, verantwoorden en onderzoeken). Het project richtte zich verder op (a) het bevorderen van de implementatie van ROM binnen zo veel mogelijk GGZ-instellingen; en (b) het toewerken naar onderling vergelijkbare uitkomsten en ROM-methoden. In het kader van de tweede doelstelling is eind 2010 een dringende aanbeveling – en eind 2011 een herziening daarvan – naar het veld uitgegaan over het gebruik van ROM. Hierin worden adviezen gegeven over de uitkomsten (ernst problematiek, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven) die professionals en GGZ-instellingen bij verschillende specifieke cliëntengroepen zouden dienen te meten en de daarvoor te gebruiken meetinstrumenten.

Akkoord tussen GGZ Nederland en ZN en de oprichting van SBG (2011-…)

Terwijl het project ROM GGZ liep, kwamen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) nader tot elkaar over het gebruik van ROM-gegevens ten behoeve

van een landelijke benchmark. In het bestuurlijk akkoord dat zij medio 2010 sloten werd besloten tot de omvorming van KZN tot een onafhankelijke stichting, de Stichting Benchmark GGZ (SBG), die verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en uitvoeren van valide benchmarks. De benchmarks zouden GGZ-instellingen informatie moeten gaan verschaffen over hoe hun behandelresultaten zich verhouden tot het landelijk gemiddelde en over hoe de behandelresultaten van verschillende onderdelen binnen de eigen organisatie zich onderling tot elkaar verhouden. Zorgverzekeraars zouden via de benchmarks informatie moeten gaan krijgen over hoe de behandelresultaten van instellingen zich verhouden tot elkaar en tot het landelijke gemiddelde. Voor de periode 2011-2014 is een tijdspad afgesproken omtrent de aanlevering van ROM-gegevens door GGZ-instellingen: in 2014 dient van minimaal de helft van de cliënten een begin- en eindmeting aangeleverd te zijn aan SBG.

Vooralsnog hebben de activiteiten van SBG zich vooral gericht op het van zo veel mogelijk instellingen aangeleverd krijgen van ROM-gegevens die bruikbaar zijn voor benchmarking. Daarbij is ervoor gekozen om ROM-metingen te koppelen aan de registratie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Instellingen zijn verplicht om een minimale set van gegevens aan te leveren aan SBG, de zogeheten Minimale Dataset.

Wat betreft de verplicht te meten uitkomsten en de daarvoor te gebruiken meetinstrumenten is geprobeerd zo veel mogelijk aan te sluiten bij de eerdere aanbeveling van het project ROM GGZ. Het blijkt echter dat de selectie van SBG van te gebruiken meetinstrumenten breder is dan die van het project ROM GGZ. Dit vergroot de kans dat verschillende instellingen gebruikmaken van verschillende meetinstrumenten, terwijl het twijfelachtig is of uitkomstgegevens van verschillende meetinstrumenten wel onderling vergeleken kunnen worden. In een recente studie van onderzoekers van SBG wordt deze twijfel bevestigd en wordt gepleit voor een beperktere set van te gebruiken meetinstrumenten. SBG heeft ook nog geen antwoord op de vraag welke variabelen noodzakelijk zijn om mee te nemen om te corrigeren voor casemix-verschillen. Instellingen zijn wel verplicht om verscheidene cliëntkenmerken en diagnostische informatie aan te leveren – informatie die in de toekomst gebruikt kan gaan worden voor casemixcorrecties.

Ondanks de inspanningen van SBG blijkt dat veel instellingen het in het bestuurlijk akkoord afgesproken aanleverpercentage voor 2011 (van 20% van de cliënten een begin- en eindmeting) bij lange na niet hebben gehaald. Dit heeft ertoe geleid dat GGZ-instellingen door zorgverzekeraars onder druk worden gezet om ROM-gegevens tijdig aan te leveren aan SBG. De moeizame gegevensaanlevering heeft waarschijnlijk meerdere oorzaken, variërend van implementatieproblemen tot weerstand onder professionals tegen de benchmark-activiteiten van SBG.

De moeizame aanlevering van ROM-gegevens zal ook gevolgen hebben voor de aanlevering van gegevens voor de prestatie-indicatoren GGZ/VZ over 2012. In de Kernset prestatie-indicatoren 2012 is namelijk voor wat betreft de uitkomstindicatoren 'ernst problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven' een koppeling gemaakt met de ROM-gegevens die aan SBG geleverd dienen te worden.

2.4 Recente ontwikkelingen

Voorjaar 2012 is er uit wetenschappelijke en professionele hoek kritiek geuit op de benchmark-activiteiten van SBG. De critici betwijfelen sterk of er op basis van ROM-gegevens wel valide benchmarks uitgevoerd kunnen worden. De kritiek heeft ertoe geleid dat verschillende partijen, waaronder SBG, ZN en de NVvP, de intentie hebben uitgesproken om met elkaar in gesprek te blijven en/of samen te werken rondom het gebruik van ROM-gegevens ten behoeve van benchmarking.

Intentie tot samenwerking rond ROM komt ook tot uitdrukking in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, dat medio 2012 gesloten werd door het Ministerie van VWS, vertegenwoordigers van instellingen en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, cliënten- en familieorganisaties. Alle partijen erkennen in het akkoord dat ROM primair dient ter ondersteuning van de behandeling en begeleiding van de individuele cliënt. Verder is afgesproken dat instellingen ROM-gegevens aan SBG leveren, maar wel onder de voorwaarde dat privacyregels, dataprotocol en methodologische aspecten in acht worden genomen. Tevens zal in 2015 geëvalueerd gaan worden of ROM de verwachtingen van verbetering van de cliëntenzorg, transparantie en vergelijking daadwerkelijk waarmaakt.

Sinds begin 2012 werkt GGZ Nederland aan een vervolgtraject op het eind 2011 afgesloten project ROM GGZ. Beoogd wordt om een efficiënte infrastructuur op te zetten voor de doorontwikkeling van ROM, waarbij alle relevante partijen betrokken zijn. Op het moment van dit schrijven zijn de activiteiten rond het vervolgtraject ROM voorlopig ‘on hold’ gezet. Er wordt onder andere gewacht op de verdere uitwerking van de gemaakte afspraken rond ROM in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.

2.5 Beschouwing

Goede samenwerking vanuit gemeenschappelijk belang is een vereiste voor het slagen van ROM

De verschillende partijen in de GGZ – cliënten, instellingen, zorgverzekeraars en overheid – hebben eigen prioriteiten ten aanzien van het gebruik van ROM. Voor zorgverleners bijvoorbeeld is ROM vooral een hulpmiddel om de behandeling en begeleiding van individuele cliënten te verbeteren, terwijl de prioriteit voor zorgverzekeraars ligt bij het zicht krijgen op de uitkomsten van de geleverde zorg – ‘de prestaties’ – van instellingen. Het gevaar bestaat dat de verschillende belangen uit balans raken, wat het succesvol realiseren van de beoogde doelstellingen rond ROM zal belemmeren. Een voorbeeld is dat een te sterke nadruk op het gebruik van ROM voor benchmark-doeleinden het risico met zich meebrengt dat zorgverleners geneigd zullen zijn de uitkomsten gunstig te beïnvloeden. Vertekende ROM-gegevens zullen niet alleen onbruikbaar zijn voor benchmarking, maar ook voor het ondersteunen van de behandeling en begeleiding van individuele cliënten, het primaire doel van ROM. Wil ROM kans van slagen hebben, dan zal het evenwicht tussen de vier doelen van ROM bewaakt moeten worden. Een voorwaarde hiervoor is dat de partijen goed met elkaar blijven samenwerken, en hun individuele belang ondergeschikt maken aan het gemeenschappelijke belang.

Is ROM een effectieve en doelmatige methode om de kwaliteit van zorg te verbeteren? Neem de tijd voor onderzoek en inhoudelijke doorontwikkeling

Ook wanneer er sprake is van een goede samenwerking en een goed verlopende implementatie van ROM, dan hoeft dit nog niet te betekenen dat de beoogde doelstellingen rond ROM daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden. Vooralsnog is er bijvoorbeeld onvoldoende wetenschappelijke evidentie om te kunnen concluderen dat het terugkoppelen van ROM-gegevens aan de behandelaar en de cliënt het behandelresultaat gunstig beïnvloedt. Er is behoefte aan grootschalige Nederlandse studies om te bepalen of en hoe de primaire doelstelling van ROM bereikt kan worden bij verschillende cliëntengroepen.

Op dit moment is het ook nog onduidelijk of ROM-gegevens op geaggregeerd niveau wel bruikbaar zijn voor benchmarking tussen GGZ-instellingen. Er bestaan verschillende methodologische problemen waarvoor vooralsnog geen oplossingen gevonden zijn. Zo is het noodzakelijk om meer kennis te krijgen over welke variabelen voorspellend zijn voor het behandelresultaat om zodoende goede casemixcorrecties uit te kunnen voeren. Ook is meer onderzoek nodig naar de bruikbaarheid van methoden om uitkomstgegevens van verschillende instrumenten onderling vergelijkbaar te maken. In het kader van de vraag of ROM een effectieve methode is voor kwaliteitsverbetering, is het belangrijk op te merken dat enkel en alleen op basis van ROM-gegevens geen goede uitspraak gedaan kan worden over de kwaliteit van geleverde zorg. Uitkomstmetingen dienen in samenhang met metingen van structuuraspecten (de aanwezige middelen om goede zorg te verlenen) en procesaspecten (het daadwerkelijke handelen van hulpverleners) beoordeeld te worden. In dit kader zijn de structuur- en procesindicatoren die deel uitmaken van de Kernset prestatie-indicatoren 2012 alsook DBC (Diagnose Behandel Combinatie)-gegevens mogelijk interessant om te combineren met ROM-gegevens.

Los van de vraag of ROM daadwerkelijk effectief zal bijdragen aan verbeteringen in de kwaliteit van de verleende zorg, is de vraag gerechtvaardigd of het een doelmatige methode is. De branchebrede implementatie van ROM vergt een aanzienlijke investering in tijd en geld. Het herhaaldelijk invullen of afnemen van vragenlijsten vereist ook tijd en inspanning van cliënten en behandelaars. Het is van belang om na te gaan of de (eventuele) gunstige effecten van ROM op de kwaliteit van de verleende zorg in verhouding staan tot de benodigde investeringen in termen van geld, middelen en tijd.

Kortom, er zijn nog veel vragen te beantwoorden. Verschillende experts wijzen op de noodzaak van het inbouwen van een ‘experimentele periode’, waarin de tijd genomen wordt voor een gedegen inhoudelijke doorontwikkeling van ROM.

2.6 Conclusie

ROM in de GGZ is nog volop in ontwikkeling. Op dit moment is het nog te vroeg om te kunnen concluderen dat ROM een bijdrage levert aan het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg in de GGZ. Er zijn belangrijke eerste stappen gezet, zoals het stimuleren van een branchebrede implementatie van ROM en het toewerken naar een branchebrede standaard voor ROM. De verschillende partijen met verschillende belangen ten aanzien

van ROM hebben recentelijk erkend dat ROM primair dient ter verbetering van de behandeling en begeleiding van cliënten, en hebben de intentie uitgesproken om samen te werken bij de verdere doorontwikkeling van ROM. De toekomst zal moeten uitwijzen of een vruchtbare samenwerking tot stand komt en of het fragiele evenwicht tussen de vier doelstellingen rond ROM goed bewaakt wordt. Alleen dan kan op termijn een uitspraak gedaan worden of ROM – gecombineerd met structuur- en procesmetingen – de belofte van het verbeteren van de kwaliteit van de verleende zorg in de GGZ kan waarmaken.

Tot slot

Het belang van transparante informatie over de kwaliteit van geleverde zorg is onlangs weer benadrukt in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. Vertegenwoordigers van zorgaanbieders, beroepsverenigingen, verzekeraars, cliënt- en familieorganisaties en de overheid hebben afgesproken ervoor zorg te dragen 'dat er één taal is voor kwaliteit en dat de uitkomsten (van geleverde zorg) onderling vergelijkbaar zijn'. Zorgaanbieders hebben zich gecommitteerd aan het leveren van informatie over 'de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de cliëntervaring van de geleverde zorg'.

Het is de vraag of deze ambitie op korte termijn gerealiseerd kan worden. Positief is dat steeds meer zorgaanbieders indicatorgegevens aanleveren over effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. Het is op dit moment echter onduidelijk hoe volledig, valide en betrouwbaar de aangeleverde indicatorgegevens zijn, en hoe zorgaanbieders op basis van deze gegevens op een valide manier met elkaar vergeleken kunnen worden. Wat betreft cliëntveiligheid kan men zich verder afvragen of dit thema wel voldoende gedekt wordt door de prestatie-indicatoren. Dit geldt wel voor cliëntgerichtheid met het gebruik van de CQ Index vragenlijsten.

Inmiddels is er een koppeling gemaakt tussen de prestatie-indicatoren en Routine Outcome Monitoring (ROM). Dit is een gunstige ontwikkeling omdat er hierdoor voor het verkrijgen van informatie over de effectiviteit van geleverde zorg niet langer sprake is van twee 'methoden', maar van één. Echter, onder professionals bestaat weerstand tegen het gebruik van ROM-gegevens als verantwoordingsinformatie en de aanlevering van ROM-gegevens verloopt vooralsnog moeizaam. Net als bij de indicatorgegevens spelen ook bij de ROM-gegevens de problemen rond volledigheid, betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid.

Kortom, hoewel er verscheidene positieve stappen zijn gezet, is er nog een weg te gaan om de ambitie van transparante kwaliteitsinformatie daadwerkelijk te verwezenlijken. Dit zou een schone taak kunnen zijn voor het nieuwe Kwaliteitsinstituut.

Vooraf

Het verbeteren van de kwaliteit van zorg is één van de speerpunten van het beleid van het Ministerie van Volkgezondheid, Welzijn en Sport (VWS, 2011b). De ambitie van de overheid is veilige zorg op kwalitatief hoog niveau, klantgericht, met voldoende keuzemogelijkheden en met duidelijke rechten en plichten voor iedereen (VWS, 2007). Om deze ambitie te realiseren is het essentieel een goed beeld te krijgen van de kwaliteit van de zorg die zorgaanbieders leveren, en van het oordeel van cliënten over deze zorg. Een belangrijke focus in het beleid van het Ministerie van VWS is dan ook de kwaliteit van geleverde zorg meetbaar en inzichtelijk te maken (VWS, 2007; 2011b).

Naast de overheid zijn er verschillende andere partijen die behoefte hebben aan transparante kwaliteitsinformatie, waaronder de zorgaanbieders en professionals (onder andere voor de sturing en verbetering van het eigen zorgproces), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (voor het identificeren van zorgaanbieders waar naar verwachting het risico op onverantwoorde zorg groot is), zorgverzekeraars (als leidraad voor het inkopen van kwalitatief goede zorg), en – last but not least – cliënten (voor het maken van een keuze voor een zorgaanbieder of behandeling).

In dit rapport wordt ingegaan op de ontwikkelingen rond twee methoden om de kwaliteit van de geleverde zorg in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) inzichtelijker te maken: prestatie-indicatoren en Routine Outcome Monitoring (ROM). In 2006 werd de eerste Basisset prestatie-indicatoren voor de GGZ en verslavingszorg ontwikkeld om te bewerkstelligen dat er bruikbare informatie beschikbaar zou komen over de kwaliteit van de geboden zorg. Sindsdien is de set vijf maal herzien. Hoofdstuk 1 beschrijft en evalueert de ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan rond de prestatie-indicatoren in de periode 2006-2012. ROM – het periodiek meten van de aard en ernst van de klachten van cliënten – wordt momenteel landelijk ingevoerd in de GGZ. De gedachte is dat ROM-gegevens meer inzicht zullen gaan geven in de resultaten van de geleverde zorg. Hoofdstuk 2 biedt een overzicht en evaluatie van de ontwikkelingen die geleid hebben tot de branchebrede implementatie van ROM, en de huidige stand van zaken.

1 Prestatie-indicatoren in de geestelijke gezondheidszorg: wat is er bereikt en hoe verder?

1.1 Inleiding

1.1.1 Achtergrond

Sinds de Leidschendamconferentie in 2000 is in het kwaliteitsdenken de nadruk komen te liggen op het transparant maken van de prestaties van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg (VZ). Aan de hand van proces-, structuur- en uitkomstindicatoren zou inzicht worden verkregen in de kwaliteit van de verstrekte zorg. Tevens zou, door het vaststellen van een vaste set helder omschreven indicatoren, een vergelijking mogelijk worden tussen de prestaties van de verschillende GGZ- en VZ-instellingen, en zou de ontwikkeling van de prestaties van elke instelling door de jaren heen worden gevolgd. De diverse partijen werken al een aantal jaar samen om te komen tot een dergelijke set van prestatie-indicatoren. In 2006 werd de eerste Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ ontwikkeld onder regie van de stuurgroep Transparantie GGZ, de voorganger van de Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ, 2006). Deze Basisset bestond uit 28 prestatie-indicatoren die betrekking hebben op drie thema's, te weten effectiviteit, veiligheid, en cliëntgerichtheid. Sinds deze eerste versie is de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ, op basis van evaluatiestudies en ervaringen met het gebruik van de indicatoren door GGZ-zorgaanbieders, vier maal herzien. De meest recente Kernset GGZ/VZ 2012 bestaat uit 17 indicatoren, zes voor effectiviteit, vier voor veiligheid, en zeven voor cliëntgerichtheid.

De zorgaanbieders leveren hun indicatorgegevens aan als onderdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Met het publiceren van het JMV voldoen de zorgaanbieders onder andere aan hun jaarlijkse verantwoordingsverplichtingen. In 2006 was de aanlevering hiervan nog facultatief. Met ingang van het verslagjaar 2007 werd het aanleveren van een deel van de indicatoren aan het JMV verplicht voor GGZ- en VZ-zorgaanbieders die een toelating hadden op grond van de Wet Toelatingen Zorginstellingen (een WTZi-erkenning). Vanaf verslagjaar 2011 is het verplicht indicatorgegevens aan te leveren.

1.1.2 Focus Trendrapportage GGZ 2010

In de Trendrapportage GGZ 2010 werden een overzicht en evaluatie gegeven van alle ontwikkelingen die omtrent de Basisset hadden plaatsgevonden in de periode 2006-2009.

Het bleek dat het gekozen aggregatieniveau de bruikbaarheid van de Basisset beperkte. Er werd op instellingsniveau gerapporteerd. Dat betekent dat er niets kon worden gezegd over de prestaties van afzonderlijke behandeleenheden, programma's en locaties. Hierdoor had de Basisset weinig tot geen waarde als sturingsinstrument voor professionals, als toezichtinstrument, of als keuze-informatie voor cliënten. Het draagvlak onder de Basisset dreigde hierdoor te verdwijnen en het ideaal van één set indicatoren die bruikbaar is voor alle belanghebbenden leek uit te draaien op toch weer aparte indicatorensets voor zorgverzekeraars of IGZ.

Een ander vraagstuk betrof het gebruik van de CQ Index vragenlijsten. Een belangrijk deel van de Basisset bestaat uit vragen naar de ervaringen van cliënten met de hulpverlening die zij hebben ontvangen, gemeten met de CQ Index. Hoewel de CQ Index voor de kortdurende GGZ en VZ voldoende valide en betrouwbaar bleek, gaf de soms geringe respons (30-40%) aanleiding tot vragen over de generaliseerbaarheid van de uitkomsten. De CQ Index vragenlijsten die werden ontwikkeld voor de langdurende en klinische zorg bleken bovendien minder valide en betrouwbaar te zijn, en er was sprake van selectie, door uitsluiting van cliënten met een acute psychose of een ander ernstig toestandsbeeld (klinische afdeling), of met een teveel aan cognitieve beperkingen (langdurende zorg). De kans was aanwezig dat voor een belangrijk deel van de Basisset de gegevens werden verzameld met een beperkt bruikbaar instrument. Een laatste beperking betrof het feit dat er niet voor alle type cliënten een CQ Index beschikbaar was, bijvoorbeeld voor de chronische verblijfscliënten en specifieke groepen zoals jeugd, ouderen en forensische cliënten.

Concluderend werd gesteld dat sinds de eerste Basisset in 2006 er nog geen sprake was van een uitgekristalliseerde set standaardinstrumenten en standaardprocedures. De vragen rond validiteit en betrouwbaarheid waren nog niet afdoende beantwoord en er was kritiek op de bruikbaarheid. Het gevaar was aanwezig dat het meten van prestaties een 'meten om het meten' zou worden, een puur administratieve verplichting (Van Wijngaarden e.a., 2010).

1.1.3 Focus Trendrapportage GGZ 2012

Sinds de Trendrapportage GGZ 2010 hebben zich weer diverse ontwikkelingen voorgedaan op het gebied van de prestatie-indicatoren. Het doel van dit hoofdstuk is om een overzicht en evaluatie van deze ontwikkelingen te bieden. Er zal achtereenvolgens worden ingegaan op:

- De verdere doorontwikkeling van de Basisset prestatie-indicatoren in de periode 2006-2012 (paragraaf 1.2). Deze aanpassingen werden gemaakt op basis van praktische ervaringen en onderzoek. Met ingang van 2011 werden de Basissets voor GGZ/VZ en forensische psychiatrie gereduceerd tot beperkte Kernsets. Ook wordt kort stilgestaan bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor vrijgevestigde psychiaters en psychologen in de tweede lijn, en wordt een overzicht gegeven van alle prestatie-indicatoren sets sinds 2006.
- De mate van aanlevering van indicatorgegevens door GGZ-instellingen (de 'dekkingsgraad') in de afgelopen jaren (paragraaf 1.3). Er wordt besproken in hoeverre er in

de periode 2007-2011 sprake is geweest van een toename van de dekkingsgraad. Wat betreft de forensische psychiatrie wordt de ontwikkeling van de dekkingsgraad beschreven voor de periode 2009-2011.

- De aansluiting bij de set verplichte meetinstrumenten in Routine Outcome Monitoring (ROM)-systemen en de ontwikkelingen rond de CQ indexen (paragraaf 1.4). Met ingang van de Kernset GGZ/VZ 2012 is gekozen voor een koppeling aan ROM-systemen, met een set verplichte standaardinstrumenten voor de uitkomstindicatoren en voor de cliëntervaringen. In deze paragraaf worden de gevolgen van deze keuze besproken.
- De relatie tussen het Patiëntveiligheidsprogramma 'Veilige zorg, ieders zorg' en de prestatie-indicatoren (paragraaf 1.5). Een van de onderdelen van de Kernsets betreft cliëntveiligheid, waaronder medicatieveiligheid, dwang en drang, en incidenten. In 2008 is gestart met het Patiëntveiligheidsprogramma 'Veilige zorg, ieders zorg', waarin voor GGZ-instellingen handreikingen en instrumenten zijn ontwikkeld voor het (verder) verbeteren van de veiligheid. De mate waarin het programma en de Kernsets op elkaar zijn afgestemd, wordt beschreven.
- Het nieuwe Kwaliteitsinstituut dat per 1 januari 2013 van start zal gaan (paragraaf 1.6). Hierin vindt een bundeling plaats van (delen van) de activiteiten van de huidige kwaliteitsinstituten, waaronder Zichtbare Zorg, het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), het College voor Zorgverzekeringen, ZonMw, de Regieraad en het RIVM (KiesBeter.nl). Tot op heden was de uitvraag van de prestatie-indicatoren belegd bij Zichtbare Zorg. Het is nog onduidelijk wie de uitvraag over verslagjaar 2012 gaat uitvoeren.

Voor het lezersgemak begint elke paragraaf met een samenvatting. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschouwing en conclusie.

1.2 De (door)ontwikkeling van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ in de periode 2006-2012

Samenvatting

In 2006 werd de eerste versie van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ ontwikkeld. De achtergrond van deze ontwikkeling is opgenomen in bijlage 1A. De Basisset is sinds de eerste versie vier maal herzien. In 2007 werd de Basisset 2007-2008 gepubliceerd voor de verslagjaren 2007 en 2008, in 2009 de Basisset 2009-2010 voor de verslagjaren 2009 en 2010, in 2010 de Kernset GGZ/VZ 2011 voor het verslagjaar 2011 en in 2011 de Kernset GGZ/VZ 2012 voor het verslagjaar 2012. Deze herzieningen werden uitgevoerd op grond van verscheidene evaluatiestudies en de ervaringen van GGZ-zorgaanbieders en de IGZ met het gebruik van de indicatoren. Indicatoren werden verwijderd, toegevoegd en/of opnieuw gedefinieerd. Verder werden de cliëntgroepen voor wie bepaalde indicatoren van toepassing waren opnieuw vastgesteld.

Als gevolg van deze voortdurende aanpassingen in definities en doelgroepen was een vergelijking door de tijd niet voor alle indicatoren mogelijk. Verder waren zorgaanbieders – met uitzondering van de CQ Index voor de kortdurende ambulante GGZ en VZ – tot en met verslagjaar 2011 vrij in de keuze voor instrumenten voor het meten van de uitkomstindicatoren 'ernst van de problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven'. Hierdoor was een vergelijking tussen GGZ-instellingen niet goed mogelijk.

In de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren zijn drie specifieke markeringspunten te onderscheiden. Ten eerste de samenstelling van een eigen subset indicatoren voor de forensische psychiatrie vanaf 2009, los van de 'algemene' Basisset. Het tweede markeringspunt was de reductie van de Basisset tot de beknopte Kernset GGZ/VZ 2011. Niet alleen werd de set teruggebracht tot de meest betekenisvolle indicatoren, ook werd voor de verzameling van cliëntgegevens voor 'ernst van de problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven' aansluiting gezocht bij de ontwikkeling van Routine Outcome Monitoring-systemen (ROM). Het derde markeringspunt betreft de Kernset GGZ/VZ 2012, een aanscherping van de Kernset GGZ/VZ 2011. Indicatoren werden opnieuw gedefinieerd volgens de gereedgekomen Indicatorenstandaard, er werd een verplichte set ROM-instrumenten voor de drie uitkomstindicatoren op cliëntniveau voorgeschreven, en voor het meten van cliëntervaringen werden, daar waar van toepassing, de CQ Index vragenlijsten verplicht gesteld. Verder moesten de metingen voor alle indicatoren op cliëntniveau bij alle cliënten worden uitgevoerd en was het aanleveren van gegevens van steekproeven van cliënten niet langer toegestaan. Ook voor de forensische psychiatrie werd de indicatorenset teruggebracht tot een Kernset 2012.

Vastgesteld kan worden dat voor de GGZ/VZ en forensische psychiatrie in de periode 2006-2012 sprake is geweest van de transformatie van een set indicatoren op een hoog aggregatieniveau (het niveau van de instelling), en deels gebaseerd op gegevens van een steekproef uit cliënten, tot een beperkte set indicatoren waarvoor, daar waar van toepassing, op cliëntniveau data worden verzameld, en die wat betreft de uitkomstindicatoren 'ernst van de problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven' voor de GGZ één-op-één gekoppeld is aan de ROM-systemen. Voor de forensische psychiatrie geldt dat voor de uitkomstindicatoren 'ernst van de problematiek' en 'het delictrisico' aangesloten wordt bij de instrumenten van de Stuurgroep ROM GGZ. De verwachting is dat deze ontwikkeling gegevens oplevert die op alle aggregatieniveaus bruikbaar zijn, dus zowel op het niveau van een afdeling of zorgeenheid, als op instellings- en landelijk niveau.

1.2.1 De eerste Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ 2006

In 2006 werd de eerste versie van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ ontwikkeld. De achtergrond van deze ontwikkeling is opgenomen in bijlage 1A. Deze eerste Basisset werd onder meer samengesteld op basis van indicatorensets die door het Trimbos-instituut

en de IGZ waren ontwikkeld (Wennink & van Wijngaarden, 2006). Voor de samenstelling en vaststelling van de Basisset werd een Projectgroep prestatie-indicatoren in het leven geroepen, waarin vertegenwoordigers van de diverse stakeholders[1] zitting hadden, en werd het Bureau Zorgbrede Transparantie opgericht om het geheel te coördineren, ressorterend onder de IGZ. In totaal werden 28 indicatoren geformuleerd, verdeeld over drie thema's: cliëntgerichtheid (11 indicatoren), veiligheid (6 indicatoren) en effectiviteit van behandeling en/of begeleiding (11 indicatoren). Deze indicatoren zijn weergegeven in tabel 1.1 (p. 33). De indicatoren werden – daar waar relevant – zowel vanuit hulpverleners- als uit cliëntperspectief gedefinieerd. Afgesproken werd dat de Basisset de grondslag zou vormen voor de verantwoording naar alle relevante partijen, zoals voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV), of voor keuze-informatie voor cliënten via de website www.kiesBeter.nl. Het was de bedoeling dat deze set twee jaar zonder veranderingen gebruikt werd en daarna alleen zou worden aangepast als daar een noodzaak toe was. Verder werd afgesproken dat 28 indicatoren het maximale aantal zou zijn. Indien in de toekomst de behoefte aan nieuwe indicatoren zou ontstaan, dan zou voor elke nieuwe indicator een oude indicator moeten sneuvelen.

In 2006 deden 97 instellingen op vrijwillige basis mee aan een proef waarin 17 van de 28 indicatoren werden meegenomen. Deze indicatoren konden in principe door alle deelnemende zorgaanbieders worden aangeleverd.

1.2.2 Eerste herziening: Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ en Forensische psychiatrie 2007-2008

In opdracht van de Stuurgroep Transparantie GGZ voerde Tranzo in 2007 een onderzoek uit naar het aanleverproces van de 17 indicatoren die de instellingen in 2006 vrijwillig aanleverden. Hoewel de zorgaanbieders allemaal positief oordeelden over de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en het nut en de noodzaak van transparantie, kwam men een aantal problemen tegen (Van Ham e.a., 2007; Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ, 2007). Het bleek bijvoorbeeld dat het aanleveren van de gevraagde indicatoren beduidend lastiger was dan tevoren was ingeschat. Instellingen konden een deel van de gegevens moeilijk of niet afleiden uit het registratiesysteem, of de benodigde gegevens werden niet geregistreerd. Hiervoor zouden de systemen moeten worden aangepast. Ook de registratie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), als bron voor de indicator voor het dagelijks functioneren (GAF-score), was destijds niet bij alle zorgaanbieders voldoende geïmplementeerd. Tenslotte bleken de gevraagde gegevens niet allemaal van toepassing op alle GGZ-zorgaanbieders, was het soms onduidelijk welke gegevens precies moesten worden aangeleverd, en was er twijfel over de betrouwbaarheid van de gegevens die wel beschikbaar waren. Op grond van deze bevindingen werd door de Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ – inmiddels Stuurgroep Zichtbare Zorg geheten – de basisset daar waar mogelijk herzien. In december 2007 werd de tweede

1 GGZ Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleging en verzorging Nederland (V&VN) vertegenwoordigd door de Federatie Verpleegkundigen in de GGZ (FVGGZ), Ministerie van VWS (waarnemer).

versie van de Basisset (2007-2008) uitgebracht (zie tabel 1.1 op p. 33).

De Basisset 2006 was nog alleen bedoeld voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, verzorgd door instellingen. Vanaf de versie 2007-2008 werd de Basisset uitgebreid met indicatoren voor de forensische psychiatrie. Deze aanvulling met vragen voor de forensische psychiatrie kwam voort uit de wens van het Ministerie van Justitie om te participeren in het GGZ-brede transparantieproject, in hun nieuwe rol als zorginkoper. Voor de forensische psychiatrie werd daarom een subset met indicatoren ontwikkeld. Zes bestaande indicatoren werden verbijzonderd en vier indicatoren werden specifiek voor de forensische zorg toegevoegd. De overige indicatoren uit de Basisset golden niet voor de forensische zorg (zie tabel 1.2 op p. 34).

1.2.3 Tweede herziening: Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ 2009-2010 en een eigen set prestatie-indicatoren 2009-2010 voor de forensische psychiatrie

MediQuest voerde in 2008 in opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Zorg een evaluatieonderzoek uit dat zich richtte op 26 van de 28 indicatoren uit de Basisset 2007-2008. In dit onderzoek werden de validiteit, de betrouwbaarheid, de toepassing en het gebruik van de Basisset onderzocht, waarbij gebruik werd gemaakt van literatuuronderzoek, expertgroepen, focusgroepen van cliëntvertegenwoordigers, interviews met kwaliteitsfunctionarissen en de door de instellingen over 2007 aangeleverde gegevens (Roggeveen e.a., 2008a; 2008b; Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ, 2009). Uit het onderzoek bleek dat de gekozen indicatoren aansloten bij de onderwerpen die op basis van literatuur en/of naar mening van experts en gebruikers belangrijk en relevant waren. Echter, een deel van deze indicatoren zou moeten worden aangescherpt. Dat betrof enerzijds een verbetering van de definiëring van kernbegrippen en indicatoren, en anderzijds een verbetering van de definiëring van de groepen cliënten voor wie de indicatoren van toepassing waren. De geïntegreerde GGZ-instellingen waren het meest volledig in hun aanlevering van de indicatoren, mede doordat voor deze instellingen alle indicatoren van toepassing waren. Dat gold niet voor bijvoorbeeld ambulante GGZ-instellingen en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW).

Een andere bevinding betrof de slechte vergelijkbaarheid van uitkomsten door het gebruik van verschillende instrumenten voor het meten van ‘cliëntwaardering’, ‘ernst van de problematiek’, ‘dagelijks functioneren’ en ‘kwaliteit van leven’. Het vergelijken van instellingen zou met de nodige voorzichtigheid moeten geschieden. Hierdoor waren de resultaten van deze indicatoren nog niet rijp voor presentatie op zorgvergelijkingswebsites zoals www.kiesBeter.nl.

Een tweede evaluatiestudie in opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Zorg werd in 2008 uitgevoerd door TNO Management Consultants en PricewaterhouseCoopers. Doel van dit onderzoek was een inventarisatie van risico’s als het gaat om de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van kwaliteitsinformatie en de manieren om de betrouwbaarheid maximaal te borgen. Hiervoor werd door middel van een literatuurstudie en interviews met 32 experts een inventarisatie van mogelijke risico’s gemaakt en gerangschikt naar belangrijkheid (PricewaterhouseCoopers, TNO Management Consultants, 2008). De vijf

belangrijke risico's waren:

- het risico dat het leveren van kwaliteitsinformatie niet goed is ingebed in de reguliere werkprocessen;
- het risico dat er een interne controle ontbreekt op het verzamelen en verwerken van de kwaliteitsregistraties;
- het risico dat de indicatoren niet geschikt zijn en/of gebruikt worden als stuurinformatie voor instellingen en gebruikers;
- het risico dat de basisbestanden die nodig zijn voor de kwaliteitsinformatie onvoldoende betrouwbaar zijn;
- het risico dat de uiteindelijk opgeleverde informatie voor de eindgebruiker niet duidelijk is.

Op basis van deze twee evaluaties werd in 2009 een nieuwe, tweede revisie van de Basisset (2009-2010) gemaakt. Definities werden nogmaals aangescherpt, en er werd getracht de onderbouwing van indicatoren te verbeteren en te ondersteunen met literatuur. Verder werd de CQ Index aanbevolen als standaardinstrument, in 2009 nog facultatief, maar later in 2010 als verplicht instrument. Zes indicatoren kwamen tijdelijk of definitief te vervallen, zoals aangegeven in tabel 1.1 op p. 33 (Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ, 2009).

In de Basisset 2007-2008 was de forensische psychiatrie nog een onderdeel van de algemene set, vanaf 2009-2010 is er een eigen set indicatoren. Hiervoor vervielen indicatoren uit de Basisset 2007-2008, en werden andere indicatoren vervangen of samengenomen in één indicator (tabel 1.2 op p. 34). De eigen set prestatie-indicatoren voor de forensische psychiatrie werd stapsgewijs ingevoerd. Over verslagjaar 2009 werden tien van de 16 indicatoren facultatief ingevoerd. Over verslagjaar 2010 werden deze tien indicatoren verplicht en werden de overige zes indicatoren facultatief ingevoerd.

1.2.4 Derde herziening: Kernset prestatie-indicatoren 2011 voor GGZ/VZ en Forensische psychiatrie

Ondanks het aanscherpen van de indicatordefinities, de herformulering van de werkinstructies en de invoering van de CQ Index als standaardinstrument, was er voor het verslagjaar 2009 nog geen sprake van een goede en betrouwbare vergelijkbaarheid van de uitkomsten. Uit een zogeheten visualiseringstudie die MediQuest in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uitvoerde, kwam naar voren dat slechts ongeveer een derde van de instellingen die data aanleverden een voorgestelde correctie op de data, een 'schoningsvoorstel', daadwerkelijk hadden uitgevoerd. Verder bleek dat de database voor 17 instellingen (13%) onvolledig was gevuld, hoewel deze instellingen de benodigde gegevens wel hadden aangeleverd. In het rapport van ZN werd geconstateerd dat de betrouwbaarheid van de gegevens als gevolg van deze genoemde problemen uiteenlopend en soms gebrekkig was. ZN concludeerde op grond hiervan dat 'de grafieken een mix zijn van de werkelijke prestatie van een instelling en de betrouwbaarheid van de data' (Zorgverzekeraars Nederland, 2009). Hierdoor kon van een 'eerlijke' vergelijking tussen instellingen geen sprake zijn en de interpretatie van de

uitkomsten in het ZN-rapport werd dan ook aan de lezer overgelaten.

In een onderzoeksrapportage van de Erasmus Universiteit naar de meerwaarde van HKZ-certificering (Fabbricotti e.a., 2011) werd geïllustreerd wat de gevolgen waren van een voordurend veranderende Basisset. In een poging om de gegevens van opeenvolgende jaren (2006-2009) binnen een GGZ-instelling met elkaar te kunnen vergelijken, moesten de databases een aanzienlijk aantal bewerkingen ondergaan. Er was sprake van soms onbetrouwbare gegevens. Overduidelijke onlogische (zoals percentages >100%, of 80% suïcide) en foute cijfers (teller groter dan noemer, verkeerde missende waarden) moesten hierdoor worden gecorrigeerd. Meetuitkomsten voor een indicator moesten worden omgerekend, vanwege het gebruik van verschillende instrumenten of verschillende doelgroepen per jaar. Definities en formuleringen van indicatoren, en in- en exclusiecriteria varieerden ook. Veel gegevens ontbraken, bijvoorbeeld omdat men deze niet uit het systeem kon halen. Tenslotte bleken dataregistratiesystemen te verschillen, werden steekproeven verschillend getrokken en werden verschillende procedures gevolgd. Hoewel de onderzoekers concludeerden dat de overblijvende data wel enigszins bruikbaar waren, kon men geen uitspraak doen over de representativiteit voor de instelling vanwege verschillen in registratiesystemen, steekproeven en procedures (Fabbricotti e.a., 2011).

Behalve door de onvoldoende betrouwbaarheid en validiteit van de indicatorgegevens werd de vergelijkbaarheid van prestatiegegevens ook beïnvloed door een aantal andere factoren. Naast een nog onvoldoende mate van standaardisatie, onder andere door het gebruik van verschillende meetinstrumenten, en onvoldoende kennis over mogelijke verstorende variabelen (confounders), was er sprake van een te hoog aggregatieniveau dat alleen een vergelijking op instellingsniveau toestond. Uit de evaluatiestudies van Tranzo (Van Ham e.a., 2007) en MediQuest (Roggeveen e.a., 2008a; 2008b) was al gebleken dat dit hoge aggregatieniveau een bron van discussie was. De gegevens voor de Basisset werden op instellingsniveau (mesoniveau) aangeleverd. Dit betekende dat de prestaties van soms heel verschillende instellingen met elkaar werden vergeleken. Daarnaast zei één algemene indicatorscore niets over de prestaties van de verschillende onderdelen van een instelling, bijvoorbeeld een langverblijfafdeling of een polikliniek. De prestatie-indicatoren waren daarmee minder geschikt voor interne sturing (microniveau).

Het gewenste aggregatieniveau werd in 2009 in opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Zorg door Plexus onderzocht (Groenewoud e.a., 2009). Hierbij werd ook onderzocht hoe groot de steekproeven minimaal zouden moeten zijn om significante verschillen te kunnen aantonen. Daarnaast kwamen het aantal verschillende diagnostische groepen binnen een instelling, de aanwezigheid van specifieke doelgroepen (zoals ouderen), en verschillen in het zorgaanbod aan de orde. De vraag naar het gewenste aggregatieniveau werd door een panel methodologen en statistici beantwoord en vervolgens besproken met vertegenwoordigers van de betrokken partijen. Uitgaande van de gebruiksdoelen van cliënten (informatie over specifieke behandelingen), instellingen (interne sturing), inspectie (alle niveaus), verzekeraars (instelling, zorgproducten) en overheid (instelling), werd geconcludeerd dat indicatoren op cliëntniveau zouden

moeten worden aangeleverd. Deze dataverzameling zou (in de toekomst) kunnen worden gekoppeld aan de ROM- systemen, met in achtneming van de privacy van de cliënt (trusted third party), onder de regie van Zichtbare Zorg. Door de koppeling aan de ROM zou de extra werklast tot een minimum kunnen worden beperkt. Tevens zou op elk gewenst moment een terugkoppeling naar de instelling en individuele hulpverleners kunnen plaatsvinden op een relevant aggregatieniveau.

Na de uitvraag over verslagjaar 2009 constateerde de Stuurgroep Zichtbare Zorg dat er nog steeds verbeteringen nodig waren rond de Basisset om de kwaliteitsgegevens meer valide, betrouwbaar en vergelijkbaar te maken. De gebruikers van de prestatie-indicatoren gaven aan dat de indicatoren niet goed aansloten bij de wensen van alle betrokkenen, zowel die van de toezichthouders, als die van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten (Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ, 2010). Veel indicatoren werden door de Stuurgroep als minder belangrijk beoordeeld en de definities van de overige indicatoren moesten volgens de Stuurgroep weer verder worden aangescherpt. In 2010 stelde de Stuurgroep een gezamenlijke visie voor een verbetering op, het zogeheten 'Koersdocument 2.0' (Berg & Groenewoud, 2010). In dit beleidsdocument werd vastgesteld, mede op grond van het onderzoek van Plexus, dat de betrokken partijen het nut van een set prestatie-indicatoren zagen, maar dat deze set meer zeggingskracht moest krijgen, de set beperkter moest zijn en meer gericht moest worden op specifieke stoornissen. Verder was een eenduidigheid in meetinstrumentarium en meetprocedure nodig, moest de dataverzameling aansluiten bij de dagelijkse zorgverlening en moest worden gezocht naar het juiste aggregatieniveau. Dat zou bijvoorbeeld kunnen geschieden door een aansluiting op ROM-systemen (Berg & Groenewoud, 2010).

Er werd gekozen voor een gefaseerde invoering van het koersdocument. Dit betekende dat:

- de Basisset werd teruggebracht tot een Kernset van 18 indicatoren met voldoende zeggingskracht, de Kernset GGZ/VZ prestatie-indicatoren 2011;
- de uitkomstindicatoren omtrent 'ernst van de problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven' (1.2 t/m 1.4) via ROM-gegevens konden worden aangeleverd;
- de beschrijvingen van een aantal indicatoren (1.2b, 1.8, 1.11, 2.1 en 2.4) op basis van evaluatiestudies en praktijkbijeenkomsten werden aangescherpt;
- de werkinstructies voor het verzamelen van de benodigde gegevens niet langer in een apart document werden opgenomen, maar werden geïntegreerd in de Kernset;
- vanaf 2011 de CQ Index vragenlijsten voor klinische zorg, beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen als facultatieve instrumenten werden opgenomen;
- indicatoren met onvoldoende zeggingskracht werden verwijderd.

Alle overblijvende indicatoren werden verplicht gesteld. Hoewel voor het vaststellen van veranderingen in de ernst van de symptomatologie, het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven het gebruik van een vaste set instrumenten door de Stuurgroep sterk werd aanbevolen, was het nog steeds mogelijk te kiezen voor een eigen instrument.

Analoog aan de prestatie-indicatoren voor de GGZ en VZ was er voor de forensische psychiatrie eveneens sprake van een Kernset 2011. Ook deze set moest verplicht worden aangeleverd.

1.2.5 Vierde herziening: Kernset prestatie-indicatoren 2012

Op basis van het Koersdocument 2.0 werd bij het vaststellen van de Kernset GGZ/VZ 2011 ook besloten dat er een doorontwikkeling voor het verslagjaar 2012 moest plaatsvinden. Voor de gedetailleerde uitwerking hiervan werd uitgegaan van de zogeheten Indicatorenstandaard, waarvan in 2012 een definitieve versie is opgesteld (Zichtbare Zorg, 2012). Op basis van deze Indicatorenstandaard zijn de indicatoren aangescherpt en definities gewijzigd, met als doel de validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de indicatoren te vergroten, onder meer door een eenvoudig taalgebruik. De verbetering van deze Kernset vond plaats in bilateraal overleg tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland, en tussen GGZ Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In vergelijking met de Kernset GGZ/VZ 2011 werden de volgende veranderingen aangebracht:

- Daar waar mogelijk worden alle data op cliëntniveau aangeleverd. Dit geldt voor de indicatoren voor de ernst van de problematiek, het dagelijks functioneren, kwaliteit van leven, drop out en de indicatoren voor de cliëntervaringen. De gegevens voor de drie eerstgenoemde indicatoren worden uit de ROM-registratie gehaald.
- Met ingang van de Kernset GGZ/VZ 2012 mogen eigen instrumenten niet langer worden gebruikt voor het meten van de uitkomstindicatoren 'ernst van de problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven'. Hiervoor dienen instrumenten gebruikt te worden uit de set van de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Deze set instrumenten is afgestemd met die van de Stuurgroep ROM GGZ, die in een eerder stadium ook een lijst aanbevolen meetinstrumenten ten behoeve van ROM heeft samengesteld (Stuurgroep ROM GGZ, 2011).
- Daar waar relevant moeten alle vier versies van de CQ Index worden gebruikt voor het meten van cliëntervaringen (kortdurende ambulante GGZ en VZ, klinische GGZ en VZ, Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen). Voor doelgroepen waarvoor (nog) geen CQ Index beschikbaar is, wordt de GGZ Thermometer gebruikt.
- Steekproeven zijn niet langer toegestaan; gegevens moeten voor alle cliënten worden verzameld.
- Voor de indicatoren somatische screening, tijdig contact na ontslag uit de kliniek, beschikbaarheid van een medicatieoverzicht en insluiting en dwangmedicatie, is de oplevering van gegevens op het niveau van een zogeheten 'Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE)' verplicht. Een RVE is een centrum of eenheid binnen een instelling dat diensten of zorg verleent, waarbij men zelf de verantwoordelijkheid heeft voor de bedrijfsvoering. Hieronder vallen ook organisatorische zaken als budgetbewaking, het opstellen van jaarplannen en het gebruik van stuurinformatie.
- De indicator adequate informatie door hulpverleners is verwijderd.

In de Kernset Forensische psychiatrie 2012 zijn alle indicatoren met betrekking tot cliëntgerichtheid verwijderd. Dit wordt ingegeven door het feit dat er (nog) geen CQ Index voor de forensische zorg beschikbaar is. Voor de interne sturing is het gebruik van een eigen instrument voor cliëntervaringen toegestaan, maar de hiermee verzamelde gegevens hoeven niet te worden aangeleverd in het kader van externe verantwoording. De

overgebleven indicatoren in de Kernset Forensische psychiatrie 2012 zijn alle verplicht.

1.2.6 Prestatie-indicatoren voor de vrijgevestigde professionals in de tweede lijn

De ontwikkeling van prestatie-indicatoren heeft zich in eerste instantie beperkt tot GGZ- en VZ-instellingen en de forensische psychiatrie. In 2009-2010 heeft het Trimbos-instituut, in opdracht van de Werkgroep ZGP van Zichtbare Zorg en in samenwerking met het CBO, een set prestatie-indicatoren voor Zelfstandig Gevestigde Professionals (ZGP) in de tweede lijn ontwikkeld (psychiaters, psychotherapeuten en psychologen). Hierbij werd zo veel mogelijk aangesloten bij de Basisset voor de instellingen en werden voor de ZGP 'eigen' aanvullende indicatoren gedefinieerd. Het lag in de bedoeling dat in 2011 een pilotstudie zou worden uitgevoerd, waarin onder meer zou worden onderzocht in hoeverre de afname van meetinstrumenten in de zelfstandige praktijk haalbaar was. De ontwikkeling van deze set ligt op dit moment echter stil. De Stuurgroep Zichtbare Zorg is van mening dat een eigen set prestatie-indicatoren voor de ZGP niet wenselijk is en dat moet worden aangesloten bij de bestaande Kernset. Vooralsnog gebruiken circa 400 zelfstandig vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten de ROM-portal van de NVVP, waardoor zij in staat zijn het effect en verloop van hun behandeling te meten (Vektis, 2012).

1.2.7 De samenstelling van de Basisset prestatie-indicatoren in de jaren 2006-2012: een overzicht van de indicatoren voor de GGZ/VZ en de forensische psychiatrie

In tabel 1.1 is de inhoud van de diverse Basissets cq Kernsets voor de GGZ en VZ nog eens weergegeven. Ondanks het voornemen in 2006 om de Basisset ten minste twee jaar constant te houden (en bij voorkeur langer natuurlijk), is er in de loop van de jaren voortdurend aan gesleuteld. Voor de Basisset 2007-2008 bleek het nodig om zeven indicatoren opnieuw te ontwikkelen, terwijl andere indicatoren voordurend zijn aangepast en opnieuw zijn gedefinieerd, waarbij de definitie van de relevante instellingen en doelgroepen ook voortdurend is aangepast. Slechts elf indicatoren zijn in alle jaren (relatief) ongewijzigd meegenomen, hoewel deze niet in alle jaren verplicht waren. Sommige indicatoren werden eerst uit de set verwijderd, maar keerden later weer terug. De definities van andere indicatoren werden steeds weer aangepast. Door deze verschillen in definitie en methodiek zijn de indicatorgegevens uit verschillende jaren onderling niet vergelijkbaar. In het onderstaande kader wordt als voorbeeld de aanpassingen rond de indicator somatische screening beschreven.

In de Basisset 2009-2010 werd de teller van deze indicator gedefinieerd als: 'Het aantal ingeschreven cliënten met schizofrenie, waarbij in het verslagjaar aantoonbaar somatische screening is uitgevoerd conform de standaardprocedure' (of een steekproef uit de dossiers om te kijken in hoeveel dossiers schriftelijk is vastgelegd dat een somatische screening conform de standaardprocedure heeft plaatsgevonden).
In 2011 wordt deze indicator alleen uitgevraagd voor cliënten met schizofrenie uit twee specifieke doelgroepen: 1) cliënten die geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende interventies in het kader van de Wet Bopz of, 2) langdurend zorgafhankelijke cliënten.
Verder is de werkinstructie aangepast waarbij stap voor stap per RVE (resultaat verantwoordelijke eenheid) wordt nagegaan of de cliënt binnen de inclusiecriteria valt:

1. *Heeft de RVE cliënten uit de doelgroep? (ja/nee)*
2. *Zo ja, is er een standaardprocedure voor somatische screening van cliënten met schizofrenie binnen de doelgroep van de RVE? (ja/nee)*
3. *Zo ja, wordt er binnen het cliëntregistratiesysteem vastgelegd of een somatische screening heeft plaatsgevonden en is op basis van dit systeem een overzicht samen te stellen bij welke cliënten een screening heeft plaatsgevonden? (ja/nee)*
4. *Zo ja, worden deze overzichten door de organisatie structureel gebruikt als (stuur)informatie voor managers of professionals? (ja/nee)*
5. *Zo ja, welk deel van de cliënten is somatisch gescreend?*

Tabel 1.1 De Basis- en Kernset prestatie-indicatoren GGZ/VZ in de periode 2006-2012

	Indicator	Basisset 2006	Basisset 2007-2008	Basisset 2009-2010	Kernset 2011	Kernset 2012
1	**Effectiviteit**					
1.1	Bereik preventieactiviteiten		VO			
1.2	Verandering ernst problematiek	F	FO/VO	V	V	V
1.3	Verandering dagelijks functioneren van de cliënt	F	V	V	V	V
1.4	Verandering ervaren kwaliteit van leven van de cliënt		FO	V	V	V
1.5	Rehabilitatie		FO	V		
1.6	Heropname versus duur opname	F	V			
1.7	Drop-out	F	V	V	V	V
1.8	Somatische screening	F	V	V	V	V
1.9	Hanteren behandelrichtlijnen					
1.10	Bemoeizorg: bereik zorgwekkende zorgmijders		V			
1.11	Continuïteit bij verandering zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit kliniek	F	V	V	V	V
2	**Veiligheid**					
2.1	Risicovolle interactie tussen medicijnen		FO/VO	F	V	V
2.2	Informatie over bijwerkingen van medicijnen		F/V	F/V	V	V
2.3	Onveiligheid door ontbreken van informatie	F	VO	F		
2.4	Dwang			F/V	V	V
2.5	Percentage suïcides, gerelateerd aan instellingsgrootte	F	V			
2.6	Incidenten cliëntenzorg			FO	V	V
3	**Cliëntgerichtheid**					
3.1	Wachttijd tot start behandeling	F	F	V		
3.2	Toegang tot zorg		FO			
3.3	Informed consent	F	V	V	V	V
3.4	Keuzevrijheid	F	V	V	V	V
3.5	Vervulling zorgwensen	F	V	V	V	V
3.6	Evaluatie van begeleidings- en behandelplannen	F	X	F/V	V	V
3.7	Continuïteit van zorg: goede samenwerking en afstemming met ketenpartners		FO	F/V	V	V
3.8	Dagbesteding en arbeid: cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten	F		F		
3.9	Woon- en leefomstandigheden: cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW	F	V	V	V	V
3.10	Adequate bejegening door hulpverleners	F	V	V	V	V
3.11	Adequate informatieverstrekking door hulpverleners	F	F/V	V	V	

F = facultatief; V = verplicht; FO = facultatief maar verder te ontwikkelen; VO = verplicht, maar verder te ontwikkelen; F/V = het ene jaar facultatief, het volgende jaar verplicht

In tabel 1.2 zijn de prestatie-indicatoren voor de forensische psychiatrie in de periode 2007-2012 weergegeven. Door de jaren heen is ook hier sprake van een fluctuatie in aantallen en soort indicatoren. In totaal zijn in deze periode 23 indicatoren geformuleerd, in eerste instantie als aanvulling op de indicatoren voor de GGZ en VZ, vanaf 2009 in een eigen set. De Kernset Forensische psychiatrie 2012 bevat nog slechts acht verplichte indicatoren. Hierbij zijn de indicatoren voor cliëntgerichtheid geheel komen te vervallen.

Tabel 1.2 Prestatie-indicatoren voor de forensische psychiatrie 2007-2012

	2007 2008	Facultatief 2009	Verplicht 2010	Facultatief 2010	Verplicht 2011	Verplicht 2012
Effectiviteit						
Ernst van de problematiek		X	X*		X*	X*
Dagelijks functioneren	X					
Aantal delicten	X					
Afname delictrisico		X	X		X	X
Aantal onttrekkingen	X					
Recidive		X	X		X	X
Drop-out	X	X	X		X	X
Evaluatie/bijstelling behandelplan	X	X	X			
Veiligheid						
Medicatieveiligheid				X	X	X
Separatie		X	X		X	X
Somatische screening	X	X	X		X	X
Geweldsincidenten		X	X		X	X
Cliëntgerichtheid						
Betrokkenheid omgeving				X		
Persoonlijke verzorging				X		
Wachttijd tot start behandeling	X	X	X			
Passendheid van zorg				X	X	
Tijdig contact na ontslag	X					
Continuïteit van zorg		X	X			
Nazorg	X					
Behandelduur	X					
Informatieverstrekking				X		
Bejegening				X		

** Geldt alleen vanuit het perspectief van de hulpverlener*

1.3 Het aanleveren van indicatorgegevens: een toenemende dekkingsgraad

Samenvatting

In de beginjaren van de Basisset was er nog sprake van een pilotfase, waarin ervaring werd opgedaan met het aanleveren van gegevens. In eerste instantie was deze aanlevering facultatief, maar in de loop der jaren werden steeds meer indicatoren verplicht gesteld. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van het percentage zorgaanbieders dat gegevens voor de indicatoren kon aanleveren, de zogeheten 'dekkingsgraad'. Dit wil niet zeggen of deze gegevens volledig werden aangeleverd, alleen dát er gegevens werden aangeleverd. Er wordt voor drie typen GGZ-instellingen een overzicht van de dekkingsgraad gegeven:

1. *geïntegreerde GGZ-instellingen, voor de periode 2007-2011;*
2. *zelfstandige Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), alleen de dekkingsgraad van de indicatoren voor cliëntgerichtheid in 2011;*
3. *forensische instellingen, voor de periode 2009-2011.*

Kijkend naar de geïntegreerde GGZ-instellingen, blijkt er in de loop der jaren sprake van een toename van de dekkingsgraad. Dat was mede het gevolg van het verder aanscherpen van de definities, waardoor het de instellingen duidelijker zal zijn geworden welke gegevens ze precies moeten aanleveren, en het feit dat meer indicatoren verplicht moesten worden aangeleverd. Dat blijkt vooral uit de dekkingsgraad in 2011, toen een beperkte set verplichte indicatoren werd voorgeschreven. Voor de Kernset GGZ/VZ 2011 leverden vrijwel alle geïntegreerde GGZ-instellingen de vereiste gegevens voor alle indicatoren aan. De aanlevering voor enkele indicatoren bleef wat achter. Het betrof 1) de indicator voor de verandering in de ernst van de problematiek van twee in 2011 gekozen doelgroepen – cliënten met een vrijheidsbeperkende maatregel onder de Wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) en langdurend zorgafhankelijke cliënten, 2) de insluitingen en dwangmedicatie, en 3) de incidenten in de zorg. Voor de laatste twee indicatoren heeft de incomplete gegevensaanlevering te maken met de wijze van registratie, of het ontbreken van een geschikt instrument.

De over het algemeen hoge dekkingsgraden geven aan dat voor de geïntegreerde GGZ-instellingen de betrouwbaarheid van de registratie lijkt te zijn toegenomen. Dit zegt overigens nog niets over de kwaliteit van de aangeleverde data, en over de vraag of alle gegevens volledig zijn en voor alle relevante cliëntengroepen zijn aangeleverd. Het geeft alleen aan dat men in staat is geweest ten minste enige gegevens aan te leveren. De CQ Index ambulante GGZ en VZ wordt in 2011 overal gebruikt door geïntegreerde GGZ-instellingen en de gegevens ervan worden aangeleverd. Uitkomsten van de versies voor klinische GGZ en VZ, BW en BZW worden echter nog niet of nauwelijks aangeleverd. Per 2012 zal dat verplicht zijn. De vraag is welke dekkingsgraad voor deze instrumenten in 2012 gehaald zal worden.

Het overzicht van de dekkingsgraden van 2007 tot 2011 is beperkt tot de geïntegreerde GGZ-instellingen, omdat deze instellingen als enige gegevens voor alle

indicatoren kunnen aanleveren. In hoeverre de dekkingsgraad zich heeft ontwikkeld bij de overige GGZ-instellingen is niet onderzocht. Alleen het gebruik van de facultatieve CQ Index vragenlijsten voor de RIBW's is nader bekeken. In tegenstelling tot de geïntegreerde GGZ-instellingen leverde ongeveer de helft van de zelfstandige RIBW's over verslagjaar 2011 data aan die gemeten waren met de facultatieve CQ Index vragenlijsten voor BW en BZW. Blijkbaar was er bij de zelfstandige RIBW's behoefte aan een geschikt instrument voor het meten van cliëntervaringen en hebben ze de kans aangegrepen om deze instrumenten toe te passen. Als in 2012 deze CQ Index vragenlijsten verplicht worden, zal de dekkingsgraad waarschijnlijk verder toenemen.

De dekkingsgraad voor de forensische instellingen was in 2011 gemiddeld circa 80%. Vergelijkingen met de voorgaande jaren zijn niet goed mogelijk, omdat er toen gewerkt werd met deels facultatieve indicatoren. Indicatoren die zijn gebaseerd op cliëntoordelen zijn vanaf 2011 verwijderd, omdat gegevens hiervoor niet of slecht konden worden aangeleverd. Dit betekent echter wel dat één van de drie domeinen van de prestatie-indicatoren, cliëntgerichtheid, niet meer gedekt wordt en alleen de thema's effectiviteit en veiligheid resteren.

1.3.1 Geïntegreerde GGZ-instellingen: dekkingsgraad van de prestatie-indicatoren in de periode 2007-2011

GGZ-zorgaanbieders leveren jaarlijks hun indicatorgegevens aan als onderdeel van hun Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Hiermee voldoen zij aan hun jaarlijkse verantwoordingsverplichtingen. Het JMV bundelt alle informatievragen aan zorginstellingen in één document. De tweede functie van het JVM is die van de maatschappelijke verantwoording. Het document biedt instellingen de mogelijkheid verantwoording af te leggen aan stakeholders (bv. cliënten en toezichthouders) over beleid, inspanningen en prestaties betreffende productie, financiën, personeel, kwaliteit en medezeggenschap. Op deze wijze vervult het document zijn derde functie, het bevorderen van de transparantie van de zorgsector. De betrouwbaarheid en bruikbaarheid van deze verantwoordingsdata zijn mede afhankelijk van de mate waarin de benodigde gegevens door de instellingen (kunnen) worden aangeleverd, de 'dekkingsgraad'.
In deze paragraaf wordt, op basis van analyses van de datasets van het JMV, nagegaan hoe de dekkingsgraad zich heeft ontwikkeld tussen 2007 en 2011. Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat sommige indicatoren in zekere jaren alleen facultatief hoefden te worden aangeleverd (zie tabel 1.1 op p. 33). Voor de analyse van de dekkingsgraad is verder alleen gebruikgemaakt van de gegevens van de geïntegreerde GGZ-zorgaanbieders die vanaf 2007 gegevens hebben aangeleverd. De reden voor deze selectie is het feit dat de GGZ-zorgaanbieders die indicatorgegevens aan het JMV moeten leveren zeer divers zijn, variërend van geïntegreerde GGZ-instellingen tot samenwerkende psychologenpraktijken, van RIBW's tot verpleeghuizen, en van instellingen voor maatschappelijke opvang tot thuiszorginstellingen. De (soms enige) overeenkomst is, dat deze GGZ-zorgaanbieders allemaal een toelating hebben op grond van de Wet

Toelatingen Zorginstellingen (een zogeheten WTZi-erkenning). Met andere woorden, zij bieden de zorg aan die volgens de Zorgverzekeringswet of AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt. Deze variëteit aan GGZ-zorgaanbieders bemoeilijkt de interpretatie van de dekkingsgraad van sommige prestatie-indicatoren. Niet alle prestatie-indicatoren uit de Basisset zijn namelijk van toepassing voor alle GGZ-zorgaanbieders, en/of voor alle cliëntgroepen binnen een zorgaanbieder. Bijvoorbeeld een Riagg heeft alleen ambulante cliënten, en RIBW's hoeven geen data aan te leveren voor een aantal indicatoren, zoals de verandering in ernst van de problematiek, of continuïteit van zorg.

Geïntegreerde GGZ-instellingen, die zowel ambulante, klinische als RIBW-zorg leveren, moeten in principe voor alle prestatie-indicatoren gegevens aanleveren. Binnen deze subgroep van GGZ-zorgaanbieders zou de dekkingsgraad van alle prestatie-indicatoren idealiter 100% moeten zijn. Daarom zijn voor elk van de verslagjaren dezelfde geïntegreerde GGZ-instellingen (of de latere fusie-instellingen waarvan zij onderdeel zijn gaan uitmaken) geselecteerd, zodat op een zo zuiver mogelijke wijze kan worden bekeken of de dekkingsgraad van de prestatie-indicatoren in de periode 2007-2011 is toegenomen. De gegevens over 2006 konden niet worden meegenomen, omdat over dat jaar de uitkomsten niet aan een zorgaanbieder kunnen worden gekoppeld.

In totaal hebben 25 geïntegreerde GGZ-instellingen gegevens over 2007 aangeleverd. Vanwege fusies bleven er hiervan in 2008 nog 23 over, vanaf 2009 nog 22, en in 2011 nog 21. In bijlage 1B zijn de dekkingspercentages per (sub)indicator voor deze instellingen cijfermatig weergegeven. In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen besproken. Hoewel de aantallen instellingen door de jaren heen wat verschillen, betreft het in principe dezelfde instellingen en kan de ontwikkeling door de jaren heen worden gevolgd. Daarbij moet opgemerkt worden dat door de steeds wisselende definities en het al of niet opsplitsen in cliënten- of doelgroepen of soorten stoornissen, de ontwikkeling van de dekkingsgraad bij bepaalde indicatoren soms lastig te interpreteren is, bijvoorbeeld die voor indicator 1.2 (zie bijlage 1B). In deze gevallen zal, bij de bespreking van deze uitkomsten, vooral worden ingegaan op de grote lijnen per indicator.

Oordeel cliënt over de ernst van de problematiek (indicator 1.2.a)

In 2007 was het aanleveren van deze indicator nog facultatief, maar toch werd dit al door 88,0% van de geïntegreerde GGZ-instellingen gedaan. Dit had waarschijnlijk te maken met het feit dat veel instellingen de GGZ Thermometer al gebruikten. Door de jaren heen is de dekkingsgraad gestegen tot 100% in 2011, vanwege de invoering van de CQ Index voor de kortdurende ambulante GGZ en VZ. De verplichte afname van deze lijst vanaf 2010 is duidelijk waar te nemen. De dekkingsgraad neemt toe van 52,4% in 2009 tot 90,9% in 2010. De CQ Index vragenlijsten voor klinische cliënten en voor cliënten van BW en BZW worden blijkbaar nog niet veel gebruikt, omdat voor deze lijsten nauwelijks of geen gegevens worden aangeleverd. Daarentegen worden er door de instellingen nog steeds veel GGZ Thermometer-data voor deze cliënten aangeleverd, in 2007 76,0% en in 2011 nog 70,4%.

Verandering in ernst problematiek, vastgesteld met een meetinstrument (indicator 1.2.b/d)

Wat betreft het meten van de verandering in ernst van de problematiek was er een gestage toename te zien van 52,0% in 2007 tot 86,4% in 2010 en bijna 100% in 2011. Hierbij moet echter wel worden opgemerkt dat vanaf 2011 een andere definitie voor de doelgroepen cliënten wordt gemaakt, waardoor een vergelijking moeilijk is. Tot en met 2010 betrof het alle cliënten, vanaf 2011 twee specifieke doelgroepen: cliënten met een vrijheidsbeperkende maatregel onder de Wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) en langdurend zorgafhankelijke cliënten.[2]

Hoewel over het verslagjaar 2011 door alle geïntegreerde GGZ-instellingen werd gemeld dat bij beide doelgroepen de verandering in ernst werd gemeten, kon slechts een deel van de instellingen deze gegevens aanleveren, respectievelijk 47,6% (doelgroep 1) en 61,9% (doelgroep 2).

Verandering in dagelijks functioneren (indicator 1.3)

De indicator voor de verandering in het dagelijks functioneren was in 2007 en 2008 al verplicht en de dekkingsgraad was in deze jaren respectievelijk 84,0% en 91,3%. Het aangewezen instrument hiervoor was voor vrijwel alle cliënten de GAF-score. In 2009 werd de HoNOS aangewezen als geprefereerd instrument, en werden in- en exclusiecriteria toegepast (alleen gegevens voor cliënten met schizofrenie, een andere psychotische stoornis, of een bipolaire stoornis, en geen bewoners van BW of BZW).[3]
De dekkingsgraad liep terug tot 52,8% in 2009, om weer te stijgen tot 72,7% in 2010. In 2011 was de dekkingsgraad verder opgelopen tot 90,5%. De HoNOS werd over verslagjaar 2011 door ongeveer 50% van de geïntegreerde GGZ-instellingen gebruikt, en ongeveer een derde gebruikte nog een ander instrument.

Verandering in kwaliteit van leven (indicator 1.4.a/b/c)

Gegevens over de kwaliteit van leven worden vanaf verslagjaar 2009 (verplicht) aangeleverd, met de MANSA als aanbevolen instrument. Gegevens hoeven alleen aangeleverd te worden voor cliënten met schizofrenie, een andere psychotische stoornis, of een bipolaire stoornis.[4] In 2009 was de dekkingsgraad 33,3%. Deze liep op tot 61,9% in 2011. Ondanks het verplichte karakter kon in 2011 door ongeveer een derde van de instellingen geen gegevens worden aangeleverd. In 2010 gebruikte 60% van de geïntegreerde GGZ-instellingen de MANSA. Voor 2011 kon hierover geen uitspraak worden gedaan, omdat er in de database geen onderscheid werd gemaakt tussen de MANSA en andere instrumenten.

---

2 De keuze voor deze tweede doelgroep is overigens opmerkelijk, omdat van langdurend opgenomen cliënten niet mag worden verwacht dat zij veel zullen veranderen wat betreft de ernst van hun symptomatologie, in tegenstelling tot kortdurend opgenomen cliënten. In de Kernset 2012 is weer van deze indeling in twee doelgroepen afgestapt en worden de gegevens weer voor alle cliënten verzamelend, deze keer juist met uitzondering van langdurend opgenomen cliënten (en geriatrische cliënten).

3 In de Kernset 2012 wordt weer van deze exclusiecriteria afgestapt en wordt alleen psychogeriatrie als doelgroep geëxcludeerd.

4 In de Kernset 2012 worden alleen psychogeriatrische cliënten geëxcludeerd.

Heropnames (indicator 1.6.a/b)

In 2007 en 2008 konden vrijwel alle geïntegreerde GGZ-instellingen gegevens over heropnames aanleveren. Vanaf 2009 wordt deze indicator niet meer uitgevraagd.

Drop-out (indicator 1.7)

Vanaf 2007 is de dekkingsgraad voor de drop-out [5] in alle jaren (vrijwel) 100%.

Somatische screening (indicator 1.8.a/b/c)

De indicatoren voor somatische screening werden over de verslagjaren 2007-2008, 2009-2010 en 2011 steeds op een andere manier en bij een andere doelgroep uitgevraagd, waardoor er geen harde uitspraken kunnen worden gedaan over de ontwikkeling van de dekkingsgraad. In 2007-2008 beschikten (vrijwel) alle geïntegreerde GGZ-instellingen over een standaardprocedure voor het screenen op somatische aandoeningen. Ongeveer driekwart van de instellingen kon in deze jaren aangeven welk percentage van de cliënten bij opname werd gescreend. Voor de screening van langdurend opgenomen cliënten lag dit percentage in beide jaren rond de 50%. In 2009-2010 werd alleen gevraagd bij hoeveel klinisch opgenomen cliënten met schizofrenie een screening had plaatsgevonden. Dat was respectievelijk 61,9% en 72,7%. In 2011 werd deze vraag beperkt tot de twee eerder genoemde doelgroepen (cliënten met een vrijheidsbeperkende maatregel onder de Wet BOPZ en langdurend zorgafhankelijke cliënten). Het dekkingspercentage was hier respectievelijk 100% (doelgroep 1) en 70,0% (doelgroep 2). Al met al lijkt de dekkingsgraad te zijn toegenomen, al blijft een vergelijking lastig.

Bemoeizorg (indicator 1.10)

In 2007 en 2008 kon respectievelijk 80,0% en 60,9% van de geïntegreerde GGZ-instellingen gegevens aanleveren over het aantal cliënten dat met bemoeizorg werd bereikt. Deze indicator wordt vanaf 2009 niet meer uitgevraagd.

Continuïteit van zorg (indicator 1.11)

De dekkingsgraad voor de continuïteit van zorg was in 2007-2008 bijna 90% en in 2011 100%. In de periode 2009-2010 is deze indicator niet uitgevraagd. Een vergelijking tussen 2007-2008 en 2011 is niet mogelijk door het gebruik van verschillende cliëntgroepen. In de jaren 2007-2008 waren dit alle uit de kliniek ontslagen cliënten en in 2011 de twee eerder genoemde doelgroepen, te weten cliënten met een vrijheidsbeperkende maatregel onder de Wet BOPZ en langdurend zorgafhankelijke cliënten.

Medicatieveiligheid (indicator 2.1.a/b)

Medicatieveiligheid wordt vanaf 2009 uitgevraagd. De dekkingsgraad voor de aanwezigheid van een actueel medicatie-overzicht voor klinische cliënten nam vanaf 2009 toe van 23,8% tot 100% in 2011. Hoewel dit een sterke toename doet vermoeden, is een

5 Een eenzijdige, voortijdige beëindiging van de behandeling of opname door de cliënt, terwijl de therapeut van mening is dat het behandeldoel nog niet bereikt is en voortzetting van de behandeling nog wel resultaten op zou kunnen leveren (Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ, 2006).

vergelijking tussen 2009-2010 en 2011 niet mogelijk door de keuze van verschillende cliëntgroepen (in 2009-2010 klinisch opgenomen cliënten en in 2011 cliënten met een vrijheidsbeperkende maatregel onder de Wet BOPZ en langdurend zorgafhankelijke cliënten).

De dekkingsgraad voor de medicatieveiligheid bij ambulante cliënten bleef wat achter. Deze loopt van 14,3% in 2009 tot 57,1% in 2011.

Informatie over bijwerkingen van medicatie (indicator 2.2)

Deze indicator wordt vanaf 2009 uitgevraagd. De dekkingsgraad nam toe van 42,9% in 2009 tot 100% in 2011. Dit gold overigens alleen voor ambulante cliënten, door de introductie (en het per 2010 verplicht stellen) van de CQ Index kortdurende ambulante GGZ en VZ. In de CQ Index wordt hier expliciet naar gevraagd. De instrumenten voor de andere cliënten, zoals de GGZ Thermometer, hebben zo'n vraag niet.

Vanaf 2011 mogen ook de andere versies van de CQ Index facultatief worden gebruikt. Drie geïntegreerde GGZ-instellingen (14,3%) leverden gegevens van de klinische versie, en geen enkele instelling leverde gegevens van de versies voor BW en BZW. Dit betekent dat voor opgenomen cliënten en cliënten in de woonvoorzieningen van geïntegreerde GGZ-instellingen de gegevens over het informeren over bijwerkingen niet beschikbaar zijn.

Onveiligheid door het ontbreken van informatie (indicator 2.3.a/b)

In 2007 en 2008 konden respectievelijk 95,8% en 86,4% van de geïntegreerde GGZ-instellingen gegevens opleveren over incidenten die zijn opgetreden door het ontbreken van informatie. Vanaf 2009 wordt deze indicator niet meer uitgevraagd.

Insluitingen en dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen (indicator 2.4.a.1/b.1)

Vanaf 2009 kunnen gegevens over insluitingen en dwangmedicatie bij gedwongen opgenomen cliënten facultatief worden aangeleverd. Bijna een kwart (23,8%) van de geïntegreerde GGZ-instellingen leverde dat jaar gegevens aan over insluitingen in een separeerruimte of afzonderingsruimte. In respectievelijk 28,6% en 14,3% van de gevallen werd ook informatie over de duur van die insluitingen aangeleverd. Informatie over het aantal malen dwangmedicatie en de duur daarvan werd door respectievelijk 19.0% en 14.3% van de instellingen geleverd. In 2010 zijn de dekkingsgraden van de insluitingen en dwangmedicatie gestegen tot 36.4-54.5%. Vanaf 2011 is aanleveren van deze gegevens verplicht, wat blijkt uit de stijging van de dekkingsgraden. Deze zijn respectievelijk 85.7% (insluitingen in separeerruimte), 71.4% (insluitingen in afzonderingsruimte), en 85.7% (aantal malen dwangmedicatie). Dekkingsgraden van de duur van deze maatregelen zijn respectievelijk 85.7%, 71.4% en 80.9%. Nog niet alle instellingen zijn in staat gegevens aan te leveren, deels omdat er in de eigen registratie soms geen onderscheid wordt gemaakt tussen een separeer- en afzonderingsruimte, zodat specifieke afzonderlijke gegevens hierover niet kunnen worden aangeleverd. Wel geeft 95.2% aan dat insluitingen zijn opgenomen in de Argusregistratie.

Insluitingen bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen (indicator 2.4.a.2/b.2)

De dekkingsgraden voor insluitingen bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen, zijn vergelijkbaar met die voor de gedwongen opgenomen cliënten. In 2009 waren deze dekkingsgraden respectievelijk 19.0% (separeer en afzonderingsruimte), 19,0% (duur separeer) en 9,5% (duur afzonderingsruimte). In 2011 zijn deze cijfers gestegen tot 85,7% (separeer), 71,4% (afzonderingsruimte), 90,5% (duur separeer) en 71,4% (duur afzonderingsruimte).

Suïcides (indicator 2.5)

In 2007 en 2008 leverde 100% van de geïntegreerde GGZ-instellingen gegevens over suïcides. Vanaf 2009 wordt deze indicator niet meer uitgevraagd.

Incidenten cliëntenzorg (indicator 2.6)

Gegevens over incidenten in de cliëntenzorg worden vanaf 2010 facultatief en vanaf 2011 verplicht aangeleverd. In 2011 leverden echter slechts drie instellingen (14,3%) deze gegevens. De aangewezen instrumenten hiervoor zijn de CQ Index voor klinische GGZ en VZ en de CQ Index BW. Beide instrumenten zijn in 2011 echter nog niet verplicht, zodat veel instellingen niet over deze gegevens zullen beschikken. Vanaf 2012 zal de dekkingsgraad voor deze indicator waarschijnlijk gaan toenemen, omdat vanaf dat verslagjaar alle versies van de CQ Index verplicht zijn.

Wachttijden tot de start van de behandeling (indicator 3.1.a/b)

In de jaren 2007-2009 werden gegevens over de wachttijden tot de start van een behandeling opgevraagd, voor 2007-2008 facultatief en voor 2009 verplicht. De dekkingsgraden in 2009 bedroegen respectievelijk 95,2% (ambulant), 80,9% (klinisch) en 19,0% (RIBW). Vanaf 2010 wordt deze indicator niet meer uitgevraagd.

Cliëntervaringen (indicator 3.3 t/m 3.11)

Cliëntervaringen werden voor 2010 in de meeste instellingen al standaard gemeten met de GGZ Thermometer of met een ander instrument. De dekkingsgraad in de periode 2007-2011 is dan in ook in alle jaren hoog (95-100%). Wel treedt er in deze periode een verschuiving op in de richting van het gebruik van de CQ Indexvragenlijst voor de kortdurende ambulante GGZ en VZ. Dit is niet verrassend omdat het gebruik van dit instrument vanaf 2010 verplicht is. De dekkingsgraad voor deze CQ Index loopt op van 12,0% in 2007 tot 95,2% in 2011. De gegevens van de GGZ Thermometer worden nog steeds regelmatig aangeleverd, 84,0% in 2007 tot 66,7% in 2011, maar dat geldt niet voor de overige instrumenten (van 12,0% in 2007 tot 4,8% in 2011). Dit betreft waarschijnlijk vooral metingen bij klinische cliënten en cliënten van woonvoorzieningen. Vanaf 2010 kunnen facultatief gegevens van de CQ Indexen voor de overige doelgroepen (klinisch en woonvoorzieningen) worden aangeleverd, maar dat gebeurt niet of nauwelijks. Dit wijst erop dat het gebruik nog laag is. Over verslagjaar 2012 worden deze instrumenten verplicht gesteld, waardoor de dekkingsgraad waarschijnlijk zal toenemen.

1.3.2 Zelfstandige RIBW's: de dekkingsgraad voor de indicatoren cliëntgerichtheid in 2011

Met ingang van het verslagjaar 2011 zijn de CQ Index vragenlijsten voor klinische zorg, beschermd wonen (BW) en begeleid zelfstandig wonen (BZW) beschikbaar gekomen voor facultatief gebruik. Zoals hierboven al werd aangegeven, bleek dat voor 2011 door de geïntegreerde GGZ-instellingen niet of nauwelijks gegevens voor deze versies werden aangeleverd (zie bijlage 1B). Dit wil overigens niet zeggen dat deze versies helemaal niet worden gebruikt. Omdat het gebruik van deze versies nog facultatief was, was het aanleveren van gegevens niet verplicht.

Om iets meer inzicht te krijgen in de mate waarin de nieuwe versies van de CQ Index gebruikt worden, is apart nagegaan in hoeverre de zelfstandige RIBW's gegevens over de CQI BW en CQI BZW hebben aangeleverd. In tabel 1.3 is voor 23 zelfstandige RIBW's de dekkingsgraad over 2011 weergegeven.

Tabel 1.3 Het gebruik van de CQI BW en CQI BZW door de zelfstandige RIBW's (n = 23)

		Dekkingsgraad in 2011 (%)					
Indicator	**Variabele**	**CQ Index BW**	**CQ Index BZW**	**CQ Index ambulant**	**RIBW Thermo-meter**	**Ander Instrument**	**Totaal**
3.3	*Informed consent* Percentage cliënten dat informed consent ervaart	52,2	47,8	8,7	34,8	4,3	87,0
3.4	*Keuzevrijheid* Percentage cliënten dat keuzevrijheid in de begeleiding ervaart	52,2	47,8	8,7	34,8	4,3	87,0
3.5	*Vervulling zorgwensen* Percentage cliënten dat aangeeft dat de begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen	52,2	47,8	8,7	34,8	4,3	87,0
3.6	*Evaluatie van begeleiding- en behandelplannen* Percentage begeleidings-plannen dat binnen een jaar is bijgesteld	52,2	47,8	8,7	---	---	60,9
3.7	*Continuïteit van zorg* Percentage cliënten dat een goede afstemming ervaart tussen hulpverleners	52,2	47,8	8,7	---	---	60,9
3.9	*Woon- en leefomstandigheden* Percentage cliënten dat positief oordeelt over de woonsituatie	52,2	---	---	30,4	4,3	87,0
3.10	*Adequate bejegening door de hulpverleners* Het percentage cliënten dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart	52,2	47,8	8,7	34,8	4,3	87,0

Het blijkt dat bijna de helft van de zelfstandige RIBW's gegevens over de CQ Indexen voor BW en BZW hebben aangeleverd, ondanks dat het gebruik van deze vragenlijsten ook voor de RIBW's facultatief was. Twee RIBW's (8,7%) bleken overigens de CQ Index kortdurende ambulante GGZ en VZ te hebben gebruikt, hoewel deze versie niet voor hun cliëntpopulatie ontwikkeld is. Het feit dat voor indicator 3.9 (oordeel over woonsituatie) geen gegevens werden aangeleverd, wijst erop dat deze CQ Index Ambulant waarschijnlijk voor BZW-cliënten is gebruikt. Deze zijn in wezen ook ambulante cliënten omdat zij zelfstandig wonen. Ongeveer 40% van de RIBW's levert overigens (ook) nog gegevens aan van de RIBW-versie van de GGZ Thermometer.

De totale dekkingsgraad, dus een meting met een CQ Index, Thermometer of een ander instrument, was bijna 90%. De totale dekkingsgraad voor de indicatoren 3.6 en 3.7 (de evaluatie van begeleidingsplannen en de continuïteit van zorg) was lager, omdat in de GGZ Thermometer en andere instrumenten hiervoor geen vraag is opgenomen (hoewel de aanlevering van deze indicator wel verplicht was).

De grote tegenstelling met de geïntegreerde GGZ-instellingen in het aanleveren van gegevens van de CQ Index BW en CQ Index BZW is opvallend. Hoewel dit, zoals gezegd, niets zegt over het daadwerkelijk gebruik van deze instrumenten, lijkt het erop dat er bij de zelfstandige RIBW's sprake was van een behoefte aan een geschikt instrument voor het meten van ervaringen van cliënten uit woonvoorzieningen. Tot voor kort werden er bij de RIBW's nog weinig metingen verricht naar de kwaliteit van de zorgverlening. Dit bleef vaak beperkt tot het afnemen van de GGZ Thermometer.

1.3.3 Forensische zorg: dekkingsgraad van de prestatie-indicatoren in de periode 2009-2011

In bijlage 1C is de ontwikkeling van de dekkingsgraad weergegeven voor de indicatoren voor de forensische psychiatrie in de jaren 2009-2011. Zoals eerder besproken (zie tabel 1.2 op p. 34) is er pas vanaf 2010 sprake van een deels verplichte aanlevering van gegevens voor de prestatie-indicatoren. Dit is terug te zien in de dekkingsgraden. De beste vergelijking kan worden gemaakt tussen de verplichte indicatoren in 2010 en 2011. Daaruit blijkt dat er sprake was van een toegenomen dekkingsgraad van gemiddeld ongeveer 50% tot gemiddeld ongeveer 80% (enkele uitzonderingen daargelaten). Het lukt de forensische instellingen dus steeds beter om de benodigde gegevens aan te leveren. Indicatoren die in 2011 nog wat minder worden gedekt zijn recidive in een ambulante setting en somatische screening bij een langdurende opname.

In 2011 is er ook voor de forensische psychiatrie sprake geweest van het terugbrengen van het aantal indicatoren tot een Kernset, waarbij alle indicatoren die te maken hebben met cliëntervaringen of –oordelen zijn verwijderd. De keuze om deze 'cliëntindicatoren' volledig te verwijderen is ingegeven door het ontbreken van een geschikt instrument om deze te meten. Dit blijkt onder meer uit de resultaten uit 2010. Geen enkele instelling bleek in staat om data aan te leveren voor de indicatoren 'betrokkenheid omgeving', 'persoonlijke verzorging' en 'passendheid van zorg'.

1.4 Naar meer uniformiteit in meetinstrumenten

Samenvatting

Vanaf de invoering van de eerste Basisset prestatie-indicatoren is er een discussie gevoerd over het vaststellen van standaardinstrumenten, teneinde benchmarking, een vergelijking tussen instellingen, mogelijk te maken. Wat betreft de cliëntervaringen is dat inmiddels grotendeels gerealiseerd met de ontwikkeling van de CQ Index vragenlijsten. Wat betreft de uitkomstindicatoren 'ernst van de problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven' is dat niet het geval. Ondanks dat de Stuurgroep Zichtbare Zorg een beperkte set instrumenten sterk aanbeval, was de keuze voor een instrument vrij tot en met 2011. De vergelijking tussen zorgaanbieders bleef hiermee problematisch, omdat instellingen verschillende meetinstrumenten gebruikten voor de uitkomstindicatoren. De koppeling per 2012 van de Kernset GGZ/VZ 2012 aan Routine Outcome Monitoring (ROM)-systemen met daarin een set verplichte instrumenten voor de uitkomstindicatoren lijkt dit probleem niet op te lossen. Er blijft een ruime keuze aan instrumenten, zodat een vergelijking moeilijk blijft. Stichting Benchmark GGZ (SBG) doet pogingen om, door middel van statistische methoden, genormaliseerde (en daarmee vergelijkbare) uitkomsten te berekenen. Dit blijkt echter vooralsnog niet mogelijk te zijn. De koppeling van ROM aan de Kernset GGZ/VZ 2012 zal nog steeds geen vergelijkbare gegevens opleveren, en daarmee geen landelijke benchmark. Hier komt nog bij dat een koppeling aan ROM wellicht leidt tot lagere dekkingsgraden voor de indicatorgegevens, omdat ROM-systemen vooralsnog niet volledig gevuld zijn. Dit gaat dan ten koste van de betrouwbaarheid van de data.

Wat betreft de cliëntervaringen is er wel sprake van standaardinstrumenten: de CQ Index vragenlijsten. Hier is er echter onvrede over de bruikbaarheid van deze instrumenten. De vragenlijsten worden als te omvangrijk beoordeeld (zeker als zij als interview moeten worden afgenomen bij bepaalde groepen) en zij leveren in de ogen van de gebruikers slechts beperkte informatie op. Het onderscheidend vermogen is te gering, waardoor benchmarking niet mogelijk is. Deze kritiek is onder meer aanleiding geweest voor het samenstellen van een verkorte vragenlijst bestaande uit 19 vragen, waarbij de bestaande CQ Index-schalen zo veel mogelijk (in ingekorte vorm) zijn gehandhaafd, evenals de aansluiting bij de Kernset GGZ/VZ 2012. De lijst kan worden opgenomen in de ROM. Deze korte versie zal minder tijd, geld en energie kosten dan de oorspronkelijke versie. Het is echter de vraag of het probleem van het onderscheidend vermogen hiermee wordt opgelost.

1.4.1 Naar standaardisatie van het meten van uitkomstindicatoren: koppeling met Routine Outcome Monitoring

De sets meetinstrumenten van de Stichting Benchmarking GGZ en het project ROM GGZ

Naast de ontwikkeling van prestatie-indicatoren is de afgelopen tien jaar steeds meer aandacht gekomen voor Routine Outcome Monitoring (ROM), waarbij periodiek de uitkomsten van een behandeling worden gemeten. Het primaire doel van ROM is het ondersteunen van de behandeling of begeleiding door het terugkoppelen van meetuitkomsten aan cliënt en behandelaar. Ook zouden de verzamelde ROM-gegevens op geaggregeerd niveau onder meer geschikt kunnen zijn voor externe verantwoording, bijvoorbeeld in de vorm van benchmarking via de Stichting Benchmarking GGZ (SBG), een initiatief van Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland.

In hoofdstuk 2 zal uitgebreid op de ROM worden ingegaan en op de samenstelling van een gemeenschappelijke set met standaard meetinstrumenten waarmee een ROM-systeem kan worden gevuld. Deze set is via twee trajecten tot stand gekomen. Op initiatief van de zorgverzekeraars ontwikkelde SBG een set verplichte meetdomeinen en meetinstrumenten. Tegelijkertijd werd een set instrumenten ontwikkeld in het project ROM GGZ (2009-2011), een samenwerkingsverband tussen GGZ Nederland, het landelijk Platform GGz, het Nederlands Instituut van Psychologen en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. In december 2011 werd vanuit het project ROM GGZ een lijst van aanbevolen instrumenten opgesteld. Voor de uiteindelijke samenstelling van de verplichte SBG-set werd zo veel mogelijk afgestemd met deze instrumenten uit het project ROM GGZ (zie hoofdstuk 2).

Het is de bedoeling dat alle GGZ-instellingen op korte termijn een werkend ROM-systeem zullen hebben. Voor de Kernset GGZ/VZ 2012 is besloten om vanaf dat jaar verplichte instrumenten op te nemen. Voor het meten van de uitkomstindicatoren 'ernst van de problematiek', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven' wordt aangesloten bij de ROM-instrumenten uit de set van de SBG.[6]

In tabel 1.4 is per doelgroep en meetdomein de overlap tussen de meetinstrumenten van SBG en het project ROM GGZ weergegeven. De set instrumenten van SBG is uitgebreider dan die van het project ROM GGZ. Bij SBG is het bijvoorbeeld bij de kortdurende zorg voor volwassenen mogelijk om voor het meten van de ernst van de problematiek te kiezen uit acht instrumenten. De instrumentenset van het project ROM GGZ voorziet voor deze doelgroep in vier overeenkomstige instrumenten. Deze zijn in de tabel cursief weergegeven. Dit betekent dat alle instellingen die instrumenten gebruiken van het project ROM GGZ, in staat zijn om bijvoorbeeld voor de ernst van de problematiek data aan te leveren voor de Kernset.

Uit tabel 1.4 blijkt dat er geen sprake is van een volledige overlap tussen beide sets instrumenten. De twee vetgedrukte instrumenten komen wel voor in de GGZ ROM-set, maar niet in de SBG-set. Dit betekent dat het mogelijk is dat GGZ-instellingen geen

6 Deze set is onlangs aangepast (SBG, 2012) en per 1 juli 2012 in werking getreden, maar de oude set die is opgenomen in de Kernset GGZ/VZ 2012 blijft vooralsnog geldig. Op 1 februari 2013 vervalt deze.

data voor de Kernset kunnen aanleveren als ze alleen van zo'n instrument gebruik zouden maken. Bijvoorbeeld in het geval dat bij de verslavingszorg voor de kwaliteit van leven alleen de LQOL wordt afgenomen. Er is dan geen uitslag voor kwaliteit van leven wat betreft de Kernset GGZ/VZ 2012. In de overige gevallen bevat de SGB-set extra instrumenten.[7]

Tabel 1.4 Overlap tussen de instrumenten van SBG en die van het project ROM GGZ, uitgesplitst naar doelgroep en meetdomein

Meetdomein Doelgroep	Ernst problematiek (indicator 1.2)	Dagelijks functioneren (indicator 1.3)	Kwaliteit van leven (indicator 1.4)
Volwassenen Kortdurende zorg	*SCL-90* *OQ 45-sd* *BSI* DASS21 DASS42 HADS *KKL* CORE34	*OQ45* *SF36/RAND36*	*EQ-5D* *SF36/RAND36*
Volwassenen Langdurende zorg (EPA of RIBW)	*PANSS* *BPRS* *HoNOS* HADS-A GDS-15	*HoNOS* *CANSAS*	*MANSA* *LQoL*
Kinderen en jeugd	*SDQ/SPSY* *ASEBA schalen (YSR, CBCL)*	*HoNOSCA*	*Kidscreen*
Verslaving	*DASS21* DASS42 OQ45-sd *BSI* *SCL-90* KKL CORE34 *MATE* EuropASI	*HoNOS* *MATE-ICN* *ASI/EuropASI* GAF AOSV	*EQ-5D* *MANSA* **LQoL**
Gerontopsychiatrie	*GDS-15* *HADS-A* *HoNOS65+*	HoNOS65+ **GAF**	---

Verschillende instrumenten en de vergelijkbaarheid tussen uitkomsten

De mogelijkheid om bij de SBG-set te kunnen kiezen uit veel instrumenten, is nadelig voor de onderlinge vergelijkbaarheid van uitkomsten. Gedurende de afgelopen jaren is door de Stuurgroep Zichtbare Zorg telkens getracht een beperkt aantal instrumenten aan te bevelen, teneinde de vergelijkbaarheid van uitkomsten van verschillende meet-instrumenten voor eenzelfde indicator te vergroten. Met het aansluiten bij de door SBG voorgeschreven selectie van meetinstrumenten voor ROM is het aantal mogelijke instrumenten waaruit per uitkomstindicator gekozen kan worden, groot. Op het niveau

7 De overlap tussen de set van het project ROM GGZ en de per 1 juli 2012 aangepaste set van SBG neemt overigens af. Er is dus minder overeenkomst tussen beide datasets.

van terugkoppeling in de behandeling is het hebben van een ruime keuze aan instrumenten belangrijk, omdat een keuze kan worden gemaakt voor het beste instrument voor het meten van de specifieke klachten van een specifieke cliënt. Er zijn echter twijfels over de bruikbaarheid van een grote set instrumenten voor het verkrijgen van valide verantwoordingsgegevens. Hierop zal in hoofdstuk 2 uitgebreid worden ingegaan. In het kort komt het erop neer dat SBG met behulp van statistische methoden (berekenen van genormaliseerde scores, effect size, e.d.) de uitkomsten van de diverse instrumenten met elkaar vergelijkbaar wil maken. Over de mogelijkheid hiervan is echter nog een discussie gaande. In een recente publicatie van onderzoekers van SBG wordt bijvoorbeeld vastgesteld, dat ondanks de gebruikte statistische methode, de uitkomsten van veelgebruikte vragenlijsten voor het meten van de verbetering van de symptomatologie onvoldoende vergelijkbaar zijn, onder meer door verschillen in de methode van afname, de periode waarover gemeten wordt, en de focus op frequentie of intensiteit van de symptomatologie. Geconcludeerd wordt dat de onderlinge verschillen in resultaten dermate groot zijn dat zij '…een eenduidige vergelijking van uitkomsten ten behoeve van een landelijke benchmark in de weg staan' (De Beurs e.a., 2012). Gepleit wordt voor het inperken van het aantal instrumenten en een grotere mate van uniformiteit.

Mede vanwege deze discussie is in het onlangs afgesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 afgesproken, dat het maken van vergelijkingsinformatie met voorzichtigheid moet worden aangepakt, '…met inachtneming van privacyregels, dataprotocol en methodologische aspecten…' (Bestuurlijk Akkoord, 2012). In dit licht is het opvallend dat het opnemen van de ROM-gegevens in de Kernset GGZ/VZ 2012 hierop vooruit lijkt te lopen. In de Kernset GGZ/VZ 2012 wordt de SBG-instrumentenset verplicht opgenomen ten behoeve van de landelijke verantwoording en een onderlinge vergelijking tussen GGZ-instellingen.

De vulling van de SBG-database

Naast de onvergelijkbaarheid van de uitkomsten van verschillende meetinstrumenten is er ook sprake van een nog onvoldoende vulling van de SBG-database. Tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland was afgesproken dat GGZ-instellingen over 2011 voor 20% van de behandelingen informatie over een voor- en nameting aan SGB zouden aanleveren, met een jaarlijkse stijging van 10% in de jaren daarna tot 50% voor- en nametingen in 2014 (Zorgverzekeraars Nederland/GGZ Nederland, 2010). Over 2011 zou volgens de zorgverzekeraars echter slechts voor 1,5% van de behandelingen informatie over de effectiviteit toegankelijk zijn.[8] Ook SBG meldt in haar brancherapport over 2011 vergelijkbare lage aanleverpercentages van ROM-gegevens door instellingen aan SBG. Het is belangrijk op te merken dat de lage aanleverpercentages een onderschatting kunnen zijn, omdat ten tijde van het opstellen van het brancherapport nog niet alle aangeleverde gegevens in het SBG-databestand beschikbaar waren om meegenomen te worden in de berekeningen (SBG, 2012). De moeizame vulling van de database heeft mogelijk nadelige gevolgen voor de dekkingsgraad van de uitkomstindicatoren van de Kernset 2012.

8 Nieuwsbrief ZN, 23 juli 2012

1.4.2 Meten van cliëntervaring: de CQ Index vragenlijsten

In de Kernset GGZ/VZ 2012 zijn voor de cliëntervaringen alle vier beschikbare versies van de CQ Index vragenlijsten verplicht gesteld (kortdurende ambulante GGZ en VZ, klinische GGZ en VZ, beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen). In het geval van cliëntgroepen waarvoor geen geschikte versie van de CQ Index voorhanden is, moeten de beschikbare versies van de GGZ Thermometer worden gebruikt. Andere instrumenten zijn niet toegestaan.

In de Trendrapportage GGZ 2010 werd al besproken dat de informatie voor een aanzienlijk deel van de indicatoren van de Basisset afkomstig is van de CQ Index vragenlijsten, wat een zware claim legt op de betrouwbaarheid van deze lijsten. Bij de pilotstudies was een aantal problemen aan het licht gekomen die een mogelijke bedreiging vormen voor de betrouwbaarheid. Het betrof onder meer (Van Wijngaarden e.a., 2010):

- *Lage respons*: 30-40% gemiddeld voor de CQ Index voor kortdurende GGZ en VZ, met mogelijke nadelige gevolgen voor de generaliseerbaarheid.
- *Ongelijke of selectieve steekproeven*, bijvoorbeeld een selectie vooraf in de langdurende en klinische zorg.
- *Anonimiteit versus bemoeienis van hulpverleners* bij de langdurende en klinische zorg, met mogelijke gevolgen voor sociaal wenselijke antwoorden.
- *Betrouwbaarheid van de CQ Index-schalen*: een deel is matig tot slecht betrouwbaar, vooral in het geval van BW en BZW.
- *Variatie in cliëntkenmerken*: bij BW, BZW en klinische zorg bleek dat er soms grote verschillen waren in de samenstelling van (woon)afdelingen (leeftijdsopbouw, geslacht, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, etniciteit, werk, cognitief functioneren, aard van de stoornis).
- *Afdelingsgrootte*: bij BW, BZW en klinische GGZ en VZ is vaak sprake van kleine instellingen of afdelingen, wat een onderlinge vergelijking in kwaliteit bemoeilijkt.

Ondanks deze mogelijke bronnen van bias en onbetrouwbaarheid zijn alle CQ Index vragenlijsten als verplicht instrument in de Kernset GGZ/VZ 2012 opgenomen. Met de versie voor de kortdurende GGZ en VZ is al de nodige ervaring opgedaan en is een vrijwel 100% dekking gerealiseerd (paragraaf 1.3.1), mede door het feit dat hier sprake is van een schriftelijke ronde, uitgevoerd door een onafhankelijk extern bureau. Met de uitvraag van de versie voor de klinische GGZ en VZ en de woonvormen is naar verwachting (veel) minder ervaring, zoals bleek uit de lage dekkingsgraden in paragraaf 1.3.1. De uitvraag van deze lijsten is ook meer arbeidsintensief, omdat in veel gevallen de cliënt geholpen moet worden met het invullen van de lijst, of met het beantwoorden van de vragen in een interview.

In de Kernset GGZ/VZ 2012 is opgenomen dat in principe voor alle cliënten gegevens moeten worden verzameld. Een manier om dat vorm te geven is het inbouwen van de CQ Index in de ROM-systemen, zoals ook in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 wordt voorgesteld (Bestuurlijk Akkoord, 2012). De vragenlijsten zijn echter uitgebreid en leiden volgens de hulpverleners tot een (te) grote belasting van de cliënt (Stichting Miletus, 2011). Ook is er twijfel gerezen over de bruikbaarheid van de CQ Index als instrument voor

het vergelijken van zorgaanbieders. In een analyse van Significant op de CQ Index-data voor de kortdurende ambulante GGZ en VZ over 2010 voor vier specifieke diagnosegroepen (stemmings-, angst-, en persoonlijkheidsstoornissen en verslaving) bleek bijvoorbeeld dat na correctie met case mix variabelen[9] er geen sprake meer was van een onderscheidend vermogen tussen zorgaanbieders (Van Dieten, 2011). GGZ Nederland, het Landelijk Platform GGz, en Zorgverzekeraars Nederland kwamen gezamenlijk tot de conclusie dat '…de CQI vragenlijst, in de huidige vorm, onvoldoende informatie oplevert. De CQI vragenlijst laat te weinig onderscheidend vermogen zien, en de inspanningen en kosten van een meting zijn te groot' (Stichting Miletus, 2011). Deze drie partijen besloten hierom om begin 2012, onder coördinatie van de Stichting Miletus, een pilot op te zetten voor de ontwikkeling en het testen van een nieuwe vragenlijst voor het op een gestandaardiseerde manier continu online meten van cliëntervaringen/–tevredenheid binnen de ROM-cyclus. Vooralsnog zou dit een vragenlijst voor de kortdurende ambulante zorg worden. Deze lijst zou bruikbaar moeten zijn als inkoopinformatie voor verzekeraars, als sturingsinformatie voor zorgaanbieders en als keuze-informatie voor cliënten. De ontwikkeling van het instrument werd uitgezet bij bureau SiRM.

Er werd een programma van eisen geformuleerd, waarin werd gesteld dat het invullen van de vragenlijst niet langer dan drie minuten mocht duren (Boonen e.a., 2012a). Na bestudering van bestaande vragenlijsten op het gebied van cliëntwaardering en –ervaringen werd bij de constructie van de nieuwe vragenlijst alsnog uitgegaan van de CQ Index. Op basis van de belangscores, inhoudsvaliditeit, continuïteit, onderscheidend vermogen, non-respons, verbeterpotentieel en rapportagemogelijkheden (losse items of geaggregeerde scores) is een vragenlijst samengesteld, bestaande uit negentien vragen, waarbij de bestaande CQ Index-schalen zo veel mogelijk (in ingekorte vorm) zijn gehandhaafd, evenals de aansluiting bij de Kernset GGZ/VZ 2012 (Boonen e.a., 2012b). Vragen uit de oorspronkelijke CQ Index naar achtergrondgegevens zijn hierbij geschrapt. Deze gegevens zijn te zijner tijd uit het ROM systeem te halen. Deze korte versie zal minder tijd, geld en energie kosten dan de oorspronkelijke CQ Index. Het is echter de vraag of het probleem van het onderscheidend vermogen hiermee wordt opgelost. Verder uittesten in de volgende landelijke meting zal hierover uitsluitsel moeten geven.

1. 5 De plaats van cliëntveiligheid in de Kernsets prestatie-indicatoren

Samenvatting

Eén van de drie thema's van de Kernsets prestatie-indicatoren betreft cliëntveiligheid. In de Kernset GGZ/VZ 2012 bevat dit thema vier indicatoren: medicatieveiligheid, informatie over bijwerking van medicijnen, insluitingen en dwangmedicatie, en incidenten in de cliëntenzorg. Veiligheid staat de laatste jaren sterk in de belangstelling in alle sectoren van de zorg. Er zijn hiervoor landelijke programma's in het

9 Variabelen waarvan bekend is dat zij de uitkomsten van de CQ Index beïnvloeden. Het betreft leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, en ervaren gezondheid. De uitkomsten van de CQ Index worden hiervoor gecorrigeerd.

leven geroepen. Voor de GGZ is dit het landelijke Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 'Veilige zorg, ieders zorg', een programma dat oorspronkelijk liep van 2008 tot en met 2011, maar dat recentelijk is verlengd tot 2014. In het kader van het landelijke Patiëntveiligheidsprogramma zijn vijf inhoudelijke speerpunten geformuleerd ter verbetering van de cliëntveiligheid in de GGZ. Het belang van veiligheid komt verder tot uiting in het onlangs gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, waarin expliciet aandacht wordt besteed aan de prestatie-indicator 'insluitingen en dwangmedicatie', en waarin het streven naar het verder terugdringen van het gebruik van dwangtoepassingen wordt benadrukt. Deze dwangtoepassingen mogen alleen nog worden toegepast als uiterste middel. Verder moeten alle GGZ-instellingen hun vrijheidsbeperkende maatregelen registreren met behulp van de Argus dataset en deze gegevens leveren aan de landelijke dataset voor het JMV, ten behoeve van de prestatie-indicator 'insluiting en dwangmedicatie'.

Op dit moment is de dekkingsgraad voor indicator 'dwang en drang' al tamelijk groot, met name bij de geïntegreerde instellingen voor GGZ en VZ. Deze varieert tussen de 70,4% en 96,3%, waarbij opgemerkt moet worden dat deze percentages niets zeggen over de compleetheid van de aangeleverde data. Naar verwachting zal de dekkingsgraad verder toenemen, wat waarschijnlijk een positief effect zal hebben op de betrouwbaarheid van de verstrekte gegevens. Gegevens over dwangmedicatie ontbreken echter voor de forensische zorg. Hiervoor is geen indicator in de Kernset opgenomen.

Naast dwang en drang zijn nog vier andere speerpunten vastgesteld in het kader van het landelijk Patiëntveiligheidsprogramma 'Veilige zorg, ieders zorg'. Deze worden in mindere mate gedekt door de indicatoren in de Kernsets 2012 voor de GGZ/VZ en de forensische zorg. Agressie wordt in de Kernset GGZ/VZ 2012 alleen vastgelegd als een gevoel van (on)veiligheid in een klinische setting, en medicatieveiligheid in de Kernset Forensisch 2012 alleen door het al of niet aanwezig zijn van een medicatiebewakingssysteem. Het speerpunt somatische comorbiditeit wordt in beide Kernsets gedekt door de indicator 'somatische screening'. Hoewel de digitale systemen voor het veilig incidenten melden (VIM) voorzien in de registratie van (tentamen) suïcides, is deze indicator uit de Kernsets verdwenen.

Er is op dit moment nog sprake van een beperkte samenhang tussen het landelijk Patiëntveiligheidsprogramma en de prestatie-indicatoren. Een deel van de indicatoren is geoperationaliseerd als proces- of structuurindicator. Met de branchebrede implementatie van VIM-systemen kan in de (nabije) toekomst worden beschikt over 'harde' gegevens over de aard en ernst van veiligheidsincidenten. Wellicht geven deze cijfers een beter inzicht in de prestaties van instellingen op het gebied van veiligheid dan de huidige indicatoren in de Kernsets en is het te overwegen deze indicatoren opnieuw te operationaliseren en eventueel over te nemen in een nieuwe Kernset.

1.5.1 Het Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011 'Veilige zorg, ieders zorg'

Het Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011 'Veilige zorg, ieders zorg' werd ontwikkeld door een Initiatiefgroep bestaande uit IGZ, Zichtbare Zorg, het Ministerie van VWS, het Trimbos-instituut en GGZ Nederland, en afgestemd met het Landelijk Platform GGz, met de ontwikkelingen in de andere cure- en caresectoren, en met de beroepsgroepen in de GGZ. In het Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011 'Veilige zorg, ieders zorg' werd breed ingezet op de verbetering van de cliëntveiligheid in de GGZ op zeven speerpunten, die onderverdeeld kunnen worden in twee 'systeem-speerpunten':

1. Implementeren van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)
2. Implementeren van een digitaal Veilig Incidenten Melden systeem (VIM)

   en vijf 'inhoudelijke' speerpunten:

3. Agressie in de zorg
4. Psychiatrische en somatische comorbiditeit
5. Suïcidepreventie
6. Medicatieveiligheid
7. Drang en dwang

Om dit mogelijk te maken, zijn er in de afgelopen jaren vanuit het landelijke Patiënt-veiligheidsprogramma vele activiteiten ontplooid om de verbetering van de veiligheid te ondersteunen. Voor de meeste speerpunten zijn handreikingen ontwikkeld die aan alle GGZ-instellingen ter beschikking zijn gesteld op de website van 'Veilige zorg, ieders zorg' (www.veiligezorgiederszorg.nl). Centraal bij de sturing en de uitvoering van het Patiëntveiligheidsprogramma stonden zes GGZ-instellingen die als pilotinstellingen de verschillende onderdelen van het programma tot ontwikkeling brachten en daarmee experimenteerden. De opzet was dat deze zes GGZ-instellingen de gangmakers zouden zijn voor een volgende groep van instellingen, waaraan zij hun ervaringen zouden kunnen doorgeven. Met behulp van deze koplopers zijn diverse ontwikkelingen in gang gezet. Zo is bijvoorbeeld met de pilotinstellingen het veiligheidsvisitatiebezoek (VVB) ontwikkeld. Deze veiligheidsaudit is behalve bij de pilotinstellingen ook bij een aantal andere instellingen uitgevoerd. Daarnaast werd het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) – dat in de toekomt ingebouwd zal worden in het HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) – en een veilig incidenten melden systeem (VIM) ontwikkeld. De GGZ-instellingen werden met een financiële bijdrage in de gelegenheid gesteld een digitaal VIM-systeem aan te schaffen.

Het Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011 'Veilige zorg, ieders zorg' had in eerste instantie een looptijd van 2008 t/m 2011. Voor elk van de speerpunten werd(en) zoals hieronder weergegeven in 2008 één of meer einddoelstelling(en) geformuleerd.

Tabel 1.5 Landelijke doelstellingen voor het Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011 'Veilige zorg ieders zorg'

Speerpunten	Doelstellingen
Speerpunt 1 Veiligheids Management Systeem (VMS)	Aan het eind van 2011 beschikt 80% van de GGZ-instellingen over een effectief operationeel veiligheidsmanagementsysteem. Dit betekent dat 80% van de GGZ-instellingen een gecertificeerd kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem heeft conform de normen in het HKZ-schema GGZ 2009, inclusief de daarin opgenomen veiligheidsnormen.
Speerpunt 2 Veilig Incidenten Melden (VIM)	Aan het eind van 2011 beschikt 80% van de HKZ-gecertificeerde GGZ-instellingen (leden van GGZ Nederland) over een effectief operationeel VIM-systeem.
Speerpunt 3 Agressie in de zorg	De risico's voor cliënten en voor medewerkers van de GGZ zijn in kaart gebracht en hebben geleid tot een cultuurverandering.
Speerpunt 4 Psychiatrische en somatische comorbiditeit	Specifieke somatische screening en diagnostiek binnen de GGZ zijn meer uitgebreid, een goede signalering en registratie van (somatische) voorvallen vindt plaats, en best practices binnen de langdurende zorg en de bemoeizorg zijn beschikbaar.
Speerpunt 5 Suïcidepreventie	In 2008 was deze doelstelling nog nader te bepalen. Als doelstelling is vervolgens geformuleerd: GGZ-instellingen werken conform de 'handreiking uniforme meldingsroute bij suïcide of suïcidepogingen met ernstig letsel'.
Speerpunt 6 Medicatie-Veiligheid	Er is uitvoering gegeven aan de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'. Aansluiting op de toolkit van de NVZA (vroegsignalering, incidenten melden) door de GGZ heeft plaatsgevonden en is operationeel bij 80% van de GGZ-instellingen (CMRregistratie). De doorbraakmethode van Vilans is bij 50% van de GGZ-instellingen toegepast.
Speerpunt 7 Verminderen Dwang en Drang	De registratieset vrijheidsbeperkende interventies (Argus) is door 80% van de GGZ-instellingen geïmplementeerd. Het aantal separaties is met 3 x 10% per jaar verminderd. Deze doelstelling van het project Dwang en Drang is vanuit 'Veilige zorg, ieders zorg' aangevuld met de doelstelling vermijdbare schade bij toepassing van Dwang en Drang te voorkomen.

Het programma is inmiddels verlengd tot eind 2013. Dit was mede het gevolg van het later opstarten van het programma en het tijdelijk stopzetten van de subsidie door het Ministerie van VWS in het kader van de verplichtingenstop in 2010. Hierdoor werd de uitvoering van het totale programma vertraagd.

1.5.2 De relatie tussen het Patiëntveiligheidsprogramma en de Kernsets prestatie-indicatoren

De vijf inhoudelijke speerpunten van het Patiëntveiligheidsprogramma sluiten slechts deels aan bij de Kernsets 2012 voor de GGZ/VZ en forensische psychiatrie. In tabel 1.6 is weergegeven in hoeverre deze speerpunten zich tot de prestatie-indicatoren verhouden.

Tabel 1.6 Speerpunten Patiëntveiligheidsprogramma versus de Kernsets GGZ/VZ en Forensische psychiatrie

Inhoudelijk speerpunt Patiëntveiligheidsprogramma	Kernset GGZ/VZ 2012		Kernset Forensisch 2012	
Agressie in de zorg	2.6	Gevoel van (on)veiligheid bij de cliënt	2.4	Geweldsincidenten jegens personeel Geweldsincidenten onderling
Somatische comorbiditeit	1.8	Somatische screening*	2.3	Somatische screening
Suïcidepreventie	----	----	----	----
Medicatieveiligheid	2.1 2.2	Actueel medicatieoverzicht Informatie over (bij) werkingen	2.1	Type medicatiesysteem
Drang en dwang	2.4	Insluitingen + duur Dwangmedicatie + duur	2.2	Insluitingen + duur

** Valt bij de Kernset 2012 overigens onder het thema 'Effectiviteit'*

Het speerpunt 'agressie in de zorg' wordt in de Kernset GGZ/VZ 2012 alleen gedekt door de indicator 'incidenten cliëntenzorg', de mate waarin cliënten zich veilig voelen in een klinische setting of een woonvorm. Het werkelijke aantal incidenten wordt in de Kernset niet gerapporteerd. Dit is wel het geval voor de Kernset Forensisch 2012. Hierin wordt het aantal geweldsdelicten jegens personeel en onderling gerapporteerd. Het speerpunt 'somatische comorbiditeit' wordt in beide Kernsets gedekt door de indicator 'somatische screening', het aantal cliënten in de doelgroep bij wie een somatische screening is uitgevoerd. Suïcidepreventie komt in deze Kernsets niet meer als indicator voor. Voor het speerpunt 'medicatieveiligheid' zijn in de Kernset GGZ/VZ 2012 twee procesindicatoren opgenomen. Een indicator betreft de beschikbaarheid van een medicatie overzicht. De tweede indicator betreft het informeren van de cliënt over eventuele bijwerkingen van medicijnen. In de Kernset Forensisch wordt vanaf 2012 alleen gevraagd naar het type medicatiebewakingssysteem dat wordt gebruikt. Over 2011 werd nog gevraagd naar het gebruik van polyfarmaca. Het speerpunt 'dwang & drang' wordt in de Kernset GGZ/VZ 2012 gedekt door de indicator 'insluitingen en dwangmedicatie' (het aantal en de duur van insluitingen en/of dwangmedicatie), en in de Kernset Forensische psychiatrie 2012 door de indicator 'insluitingen' (het aantal en duur van insluitingen).

Uit het bovenstaande blijkt dat voor vier van de vijf inhoudelijke speerpunten op enigerlei wijze informatie voor de Kernsets wordt aangeleverd. In de meeste gevallen betreft het echter algemene informatie op het niveau van proces- of structuurindicatoren. Alleen voor agressie in de zorg (forensisch) en dwang en drang worden daadwerkelijke aantallen incidenten aangeleverd. Cijfers over aantallen incidenten komen in de nabije toekomst echter wel steeds meer voorhanden. De meeste GGZ-instellingen hebben op dit moment een werkend VMS en hebben in de loop van het patiëntveiligheidsprogramma een digitaal veilig incidenten (VIM)-systeem aangeschaft, of ze zijn bezig met de invoering daarvan. Tot op heden kunnen hierin acht typen incidenten worden

gemeld, waarbij per type ook kan worden aangegeven hoe ernstig het incident was (variërend van bijna-incident tot fataal incident). Het betreft:

- medicatie-incidenten
- dwang en drang incidenten
- grensoverschrijdend gedrag en agressie
- somatische incidenten
- valincidenten
- laboratoriumincidenten
- (tentamen) suïcide
- vermissing of ontvluchting

Begin 2012 beschikte naar schatting driekwart van alle GGZ-instellingen over een operationeel en instellingsbreed VIM-registratiesysteem. Wanneer alle instellingen over een VIM-registratie beschikken, zouden zij 'harde' informatie op instellingsniveau kunnen leveren voor alle vijf inhoudelijke speerpunten voor de veiligheid in GGZ-instellingen en het beloop daarvan over de tijd. Het verdient daarom aanbeveling om de prestatie-indicatoren voor veiligheid (beter) aan te sluiten op de VIM-registratie.

1.5.3 Dekking van de bestaande indicatoren voor de veiligheid

In de tabellen in bijlagen 1B en 1C worden de dekkingsgraden voor de indicatoren voor het thema 'veiligheid' gedetailleerd gepresenteerd. Deze uitkomsten zijn in tabel 1.7 nog eens globaal samengevat voor het verslagjaar 2011. Ook hier geldt dat de dekkingsgraden niets zeggen over de compleetheid en/of betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens, alleen dát er gegevens zijn aangeleverd.

Tabel 1.7 Dekkingsgraad[1] voor indicatoren 'veiligheid' over 2011

Indicator	Geïntegreerde GGZ-instellingen (range %)	Forensische instellingen (range %)
Agressie in de zorg	11,1	79,3 – 86,2
Somatische comorbiditeit	73,1 - 100	65,5 – 82,7
Medicatieveiligheid (gebruik polyfarmaca) Medicatieveiligheid (overzicht) Medicatieveiligheid (informeren cliënt)	--- 55,5 – 100 100	17,4 – 30,4 --- ---
Drang en dwang	70,4 – 96,3	76,9 – 79,3

[1] *Het percentage instellingen dat (tenminste enige) informatie levert*

Voor de meeste indicatoren werden over 2011 dekkingspercentages van 75% en hoger gehaald. Voor de GGZ geldt dat de hoogste percentages betrekking hebben op de klinische populatie. Bij somatische comorbiditeit en medicatieveiligheid konden voor de ambulante cliënten wat minder vaak gegevens worden aangeleverd. Het lage percentage voor agressie in de zorg heeft te maken met het feit dat deze indicator werd uitgevraagd in de CQ Index voor klinische zorg of voor BW. Deze instrumenten waren voor 2011 nog

facultatief. Bij de forensische zorg waren er wat betreft de somatische comorbiditeit minder gegevens beschikbaar voor langdurend opgenomen cliënten. De lage percentages voor het gebruik van polyfarmaca zijn waarschijnlijk aanleiding geweest om deze indicator voor de Kernset Forensisch 2012 opnieuw te definiëren (type medicatiebewakingssysteem).

Wat betreft de dekkingsgraad voor dwang en drang, een expliciet aandachtspunt in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, blijkt dat over 2011 het grootste deel van de geïntegreerde GGZ-instellingen deze gegevens kon aanleveren. Opname in de Argusregistratie was vrijwel 100%. Het percentage geïntegreerde GGZ-instellingen dat apart gegevens voor vrijwillig of vrijwillig opgenomen cliënten, en voor het soort separatie kon aanleveren, was wat lager, namelijk 70% tot 85% (zie paragraaf 1.3.1). Er kon bij deze instellingen vaak geen onderscheid worden gemaakt tussen een insluiting in een separeer- of in een afzonderingsruimte, of tussen cliënten die vrijwillig of die onvrijwillig waren opgenomen. Een verfijning van de registratie zal waarschijnlijk leiden tot een volledige dekking. De registratiebereidheid lijkt overigens groot. Over het jaar 2010 werden al door bijna de helft van de instellingen dwangmaatregelen geregistreerd, terwijl dit voor dat jaar nog facultatief was.

In de forensische psychiatrie worden alleen het aantal en de duur van de insluitingen geregistreerd. De dekkingsgraad hiervan was ruim 75% in 2011. Ten opzichte van 2010, toen deze indicator voor het eerst verplicht moest worden aangeleverd, is er sprake van een stijging van 15% wat betreft het percentage insluitingen en 25% wat betreft de duur van de insluitingen. Als deze trend zich voortzet lijkt de dekkingsgraad in de forensische psychiatrie door te zetten naar (bijna) volledigheid.

1.6 Van Zichtbare Zorg naar Kwaliteitsinstituut

Samenvatting

Per 1 januari 2013 is het Kwaliteitsinstituut geopend, als onderdeel van het Zorginstituut Nederland dat is ondergebracht bij het CVZ. In dit Kwaliteitsinstituut moet alle expertise over veiligheid, doelmatigheid en transparantie van de zorg samenkomen, met als doel de kwaliteit van de zorg te vergroten en onnodige kosten terug te dringen. Onder andere Zichtbare Zorg is in dit Kwaliteitsinstituut opgegaan. Dit heeft wellicht gevolgen voor de continuïteit van de prestatie-indicatoren voor de GGZ. De stuurgroep die vanuit Zichtbare Zorg de ontwikkeling van prestatie-indicatoren heeft begeleid, is opgehouden te bestaan in de huidige vorm. Een deel van de taken wordt overgeheveld naar de veldpartijen (welke onderdelen zijn nog niet bekend). De uitvraag van indicatoren over 2012 zal nog volgens de Kernset GGZ/VZ plaatsvinden, maar het traject daarna is nog onduidelijk.

In mei 2010 stemde de ministerraad, op voorstel van de toenmalige minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in met de oprichting van een nationaal Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, als onderdeel van het op te richten Zorginstituut Nederland

dat zou worden ondergebracht bij het CVZ. Aanleiding hiervoor was onder meer dat er op dat moment nog steeds te grote verschillen waren in kwaliteit en doelmatigheid tussen zorgaanbieders. Het bleek dat artsen zich niet altijd aan de richtlijnen voor bepaalde behandelingen hielden en dat er soms nog geen richtlijnen waren ontwikkeld. Daarbij kwam dat de kwaliteit van die verleende zorg voor de cliënt onvoldoende inzichtelijk was. In het op te richten Kwaliteitsinstituut zou alle expertise over veiligheid, doelmatigheid en transparantie van de zorg moeten samenkomen, met als doel de kwaliteit van de zorg te vergroten en onnodige kosten te vermijden en terug te dringen. Op dat moment hielden verscheidene instanties zich bezig met onderdelen van deze taken, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zichtbare Zorg, het College voor Zorgverzekeringen, de Nederlandse Zorgautoriteit, ZonMw, de Regieraad en DBC-onderhoud. Het was de bedoeling dat het Kwaliteitsinstituut deze taken zou bundelen en in onderlinge samenhang zou benaderen (VWS, 2010).

Minister Schippers werkte deze ideeën verder uit. In een brief aan de Kamer van 14 juni 2011 (VWS, 2011b) werd aangegeven dat het Kwaliteitsinstituut op 1 januari 2013 zou worden geopend. Dit instituut zou de kwaliteit van de zorg inzichtelijk moeten maken voor burgers, professionals, Inspectie voor de Gezondheidszorg en zorgverzekeraars. Het Kwaliteitsinstituut kreeg de taak de kwaliteit van de zorg en de doelmatigheid permanent te verbeteren. Hiervoor moesten zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten samen (professionele) standaarden en richtlijnen ontwikkelen waaraan de zorg moet voldoen, en indicatoren ontwikkelen om deze kwaliteit te toetsen. Het Kwaliteitsinstituut zou deze activiteiten gaan ondersteunen, door uitgangspunten te formuleren waaraan standaarden en richtlijnen moeten voldoen en door de ontwikkeling en implementatie van deze kwaliteitsinstrumenten te ondersteunen. Hierbij zou extra aandacht moeten worden besteed aan de inbreng van cliënten, en van verplegenden en verzorgenden. De te ontwikkelen indicatoren zouden de cliënt moeten helpen bij zijn keuzes in de zorg. Hierbij moest worden gelet op het terugdringen van administratieve lasten en regeldruk, bijvoorbeeld door richtlijnen beter op elkaar af te stemmen en indicatoren die niet differentiëren af te schaffen (VWS, 2011b).

Per 1 januari 2013 is het Kennisinstituut geopend. Voor de uitvoering van de in de brief van de minister genoemde taken zijn de verschillende organisaties die zich in het verleden bezig hielden met de kwaliteit van zorg gebundeld:

- *De Regieraad*: de taak van de Regieraad was het bevorderen van de ontwikkeling van adequate richtlijnen. Deze functie is nu integraal overgegaan naar het Kwaliteitsinstituut.
- *Coördinatieplatform Zorgstandaarden*: was ondergebracht bij ZonMw.
- *Zichtbare Zorg*: delen hiervan zijn geïntegreerd in het Kwaliteitsinstituut en delen zullen worden overgenomen door de veldpartijen.
- *KiesBeter.nl*: was ondergebracht bij het RIVM, en is nu overgenomen door het Kwaliteitsinstituut.
- *College voor zorgverzekeringen*: taken met betrekking tot gepast gebruik, innovatieve methoden en pakketbeheer zijn overgenomen door het Kwaliteitsinstituut.
- *Centrum Klantervaring Zorg*: is geïntegreerd in het Kwaliteitsinstituut.

Met de andere partijen – VWS, Gezondheidsraad, CVZ, Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg, organisaties van cliënten, gehandicapten en ouders, en de veldpartijen – zal nauw worden samengewerkt.

Er is voor het Kwaliteitsinstituut geen nieuwe organisatie opgericht. Het is een onafhankelijk en zelfstandig bestuursorgaan dat deel uitmaakt van het Zorginstituut Nederland, ondergebracht bij het College van Zorgverzekeringen.

De installatie van het Kwaliteitsinstituut op 1 januari 2013 heeft waarschijnlijk gevolgen voor de continuïteit van de prestatie-indicatoren voor de GGZ. De stuurgroep die vanuit Zichtbare Zorg de ontwikkeling van prestatie-indicatoren heeft begeleid, is opgehouden te bestaan in de huidige vorm. Een deel van de taken wordt overgeheveld naar de veldpartijen (welke onderdelen zijn op het moment van schrijven nog niet bekend). Gezien de doelstelling om 'slechte' indicatoren af te schaffen, indicatoren expliciet te koppelen aan de (professionele) standaarden en richtlijnen, en de ontwikkeling van indicatoren (deels) bij de veldpartijen te leggen, lijkt een volgende herziening van de Kernset GGZ/VZ aannemelijk. De uitvraag van indicatoren over 2012 zal nog volgens de Kernset GGZ/VZ plaatsvinden. Het traject daarna is nog onduidelijk.

In het voorwoord van de Kernset GGZ/VZ 2012 wordt hierop al deels gepreludeerd: 'De uitvraag over verslagjaar 2012 zal in principe niet langer meer bij Zichtbare Zorg zijn belegd. De betrokken partijen in de Stuurgroep GGZ/VZ zijn gezamenlijk in overleg om de uitvraag elders (in het veld) te beleggen' (Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ, 2011). De toekomst zal het leren.

1.7 Beschouwing en conclusie

De afgelopen zes jaar zijn met de Basis- en Kernsets prestatie-indicatoren cijfers verzameld over de prestaties van instellingen voor GGZ, VZ en forensische zorg, ten behoeve van de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording. Hoewel er in deze jaren veel werk is verricht om te komen tot een bruikbare set indicatoren, zijn de betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid van de gemeten uitkomsten nog omstreden. Er is nog een aantal stappen te zetten voor verbetering en betere toepassing van deze informatie.

1.7.1 Beperkt bruikbare kwaliteitsinformatie door verschillende oorzaken

Hoewel de onderzochte geïntegreerde GGZ- en forensische instellingen in de loop der jaren steeds beter in staat waren om gegevens aan te leveren, heeft dit tot op heden slechts ten dele geleid tot vergelijkbaarheid van uitkomsten tussen instellingen, of tot een reeks vergelijkbare uitkomsten binnen één instelling. Dit heeft vier oorzaken. Ten eerste is het de vraag hoe volledig en betrouwbaar de aangeleverde gegevens zijn. Niet alle instellingen waren in staat om alle data uit het registratiesystemen te halen en ook de procedures rond de dataverzameling varieerden. Ten tweede leidden de ervaringen met de dataverzameling en onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens, tot vier herzieningen van indicatorensets, met sinds 2009

aparte sets voor de forensische psychiatrie. Deze indicatorensets hadden een steeds wisselende inhoud, waardoor de vergelijkbaarheid tussen instellingen en over de jaren lastig is. Ten derde was het mogelijk om voor de uitkomstindicatoren voor de ernst van de problematiek, het dagelijks functioneren, en de ervaren kwaliteit van leven, zelf meetinstrumenten te kiezen die onderling moeilijk vergelijkbaar zijn, soms zelfs binnen één instelling. Illustratief hiervoor was de studie van de Erasmus Universiteit, waarin een poging werd gedaan om voor een deel van de indicatoren een uitspraak te doen over de prestatie-uitkomsten in de periode 2006-2009. Deze bewerkingen van de data gaven wel enig beeld van de prestaties door de jaren heen, maar met een flinke slag om de arm. Ten vierde bleek dat het aggregatieniveau van de uitkomsten te hoog was voor praktisch gebruik. Gegevens moesten op instellingsniveau worden aangeleverd, waardoor er geen mogelijkheid was om binnen de instellingen te kunnen differentiëren tussen locaties en afdelingen.

1.7.2 Naar bruikbare kwaliteitsinformatie

Weg te nemen obstakels, uitdagingen, en op te lossen problemen

Sinds 2011 wordt een koppeling gelegd tussen uitkomstindicatoren en meetinstrumenten uit de ROM-systemen. Dit heeft als voordeel dat er veel meer dan voorheen sprake zal zijn van een uniforme aanpak en een uniform instrumentarium. Er komen idealiter gegevens beschikbaar op een zo laag mogelijk (lees: cliënt) aggregatieniveau, waardoor deze bijvoorbeeld ook op afdelingsniveau bruikbaarder worden; in tegenstelling tot de jaren voor 2011, toen alleen op instellingsniveau werd gerapporteerd. Zowel uit het in 2010 gesloten bestuurlijk akkoord tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland als uit het recent gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, spreekt dan ook de ambitie dat binnen enkele jaren via ROM-systemen grote hoeveelheden data kunnen worden verzameld, waarmee onder meer benchmarks kunnen worden uitgevoerd.

Het is echter de vraag of deze ambitie wordt gehaald. Ten eerste worden er op dit moment nog maar mondjesmaat ROM-gegevens geleverd aan Stichting Benchmark GGZ (in 2011 zou een aanleverpercentage van 1,5% behaald zijn i.p.v. de afgesproken 20%). Ten tweede is het ook in de ROM-systemen mogelijk om voor het meten van één uitkomstindicator uit meerdere instrumenten te kiezen, terwijl het vooralsnog onduidelijk is of de uitkomsten van verschillende instrumenten zo kunnen worden bewerkt dat een onderlinge vergelijking (benchmarking) mogelijk is. Ten derde is het nog onduidelijk hoe verschillende instellingen met een eigen cliëntenpopulatie met elkaar vergeleken kunnen worden. Er is consensus over het feit dat er gecorrigeerd moet worden voor populatiekenmerken en/of andere verstorende variabelen (casemix correctie), maar nog geen consensus over wélke kenmerken en variabelen dat zouden moeten zijn (zie hoofdstuk 2). Daar komt nog bij dat de CQ Index vragenlijsten, die per 2012 alle verplicht worden, onder vuur liggen, omdat ze te omvangrijk zouden zijn en te weinig gevoelig om een onderscheid te kunnen aantonen tussen instellingen. De (verplichte) koppeling van de prestatie-indicatoren aan de ROM, en het verplichte gebruik van de CQ Index vragenlijsten, lijken daarmee vooralsnog geen oplossing te bieden voor de

problemen die zich bij de vorige versies van de indicatorensets voordeden.
Er lijkt wel een slag te worden gemaakt wat betreft de betrouwbaarheid en validiteit van de dataverzameling, maar deze gaat (in elk geval op de korte termijn) wellicht ten koste van de dekkingsgraad, en ook de gewenste benchmarking is bij lange na nog niet bereikt.

Betere dekking van cliëntveiligheid?
Er is in dit hoofdstuk apart stilgestaan bij cliëntveiligheid. Vooral de indicator 'dwang en drang' wordt expliciet in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 genoemd. Deze indicator is in de Kernset 2012 GGZ/VZ opgenomen in de vorm van het aantal en de duur van insluitingen en dwangmedicatie en in de Kernset 2012 Forensische psychiatrie in de vorm van het aantal en duur van de insluitingen. Voor de andere inhoudelijke speerpunten uit het landelijke Patiëntveiligheidsprogramma voor de GGZ, VZ en forensische zorg is de koppeling met de Kernsets minder goed. Een indicator voor suïcide ontbreekt bijvoorbeeld geheel. Met de invoering van digitale systemen voor veilig incidenten melden (VIM) zullen er in de nabije toekomst 'harde' gegevens beschikbaar komen over (bijna-)incidenten in de zorg. Deze zouden kunnen worden gebruikt als input voor de Kernsets, die daardoor opnieuw zouden moeten worden aangepast. Dat wil zeggen dat de indicatoren in de Kernset passend zouden moeten worden gemaakt op de (of enkele van) variabelen uit de VIM-registraties.

De toekomst van de prestatie-indicatoren
Tot op heden lag de regie voor de ontwikkeling van de indicatorensets en de aanlevering van gegevens bij de Stuurgroep Zichtbare Zorg. Met de installatie van het Kwaliteitsinstituut per 1 januari 2013 is het nog onduidelijk wie deze rol op zich zal nemen. Voor het verslagjaar 2012 worden de Kernsets 2012 nog aangehouden. Wat er daarna gebeurt, is vooralsnog onbekend.

1.7.3 Conclusie
Er is in de afgelopen zes jaar veel werk verricht ten behoeve van het ontwikkelen van betrouwbare, valide, bruikbare en vergelijkbare sets prestatie-indicatoren voor de GGZ, VZ en forensische psychiatrie. De in dit hoofdstuk besproken problemen rond de dataverzameling en de onderlinge vergelijkbaarheid zijn echter nog niet opgelost. De koppeling met ROM systemen stemt hoopvol, maar dan zullen in de nabije toekomst oplossingen moeten worden gevonden voor de vulling van de ROM systemen, de keuze voor standaardinstrumenten, en de keuze voor casemix variabelen. Wellicht een schone taak voor het nieuwe Kwaliteitsinstituut.

2 Routine Outcome Monitoring in de geestelijke gezondheidszorg: een belofte voor de toekomst?

2.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is beschreven dat de introductie van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ in 2006 ondanks tussentijdse aanpassingen tot op heden slechts in beperkte mate bruikbare kwaliteitsinformatie heeft opgeleverd over de effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid van de geleverde zorg in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In de meest recente, uitgedunde versie van de Basisset – de Kernset prestatie-indicatoren 2012 – is voor wat betreft de uitkomstindicatoren inmiddels aansluiting gezocht bij een methode die momenteel landelijk ingevoerd wordt in de GGZ: Routine Outcome Monitoring (ROM).

ROM is een methode om de resultaten van een behandeling vast te stellen door middel van het periodiek meten van de aard en ernst van de klachten van cliënten (De Beurs & Zitman, 2007). In theorie kan ROM op meerdere manieren bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de GGZ. Primair door het ondersteunen van de behandeling en begeleiding van individuele cliënten. Daarnaast kunnen ROM-gegevens op geaggregeerd niveau gebruikt worden om te leren, te onderzoeken en te verantwoorden (Stuurgroep ROM GGZ, 2010). De laatstgenoemde beoogde doelstelling van ROM, het afleggen van verantwoording via benchmarks aan zowel cliënten als financiers over de uitkomsten van de geleverde zorg in de GGZ, staat de laatste jaren sterk in de belangstelling. Deze interesse heeft eraan bijgedragen dat de landelijke invoering van ROM in de GGZ in een stroomversnelling is geraakt.

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen besproken die geleid hebben tot de branchebrede implementatie van ROM, en de huidige stand van zaken. Allereerst wordt uitgebreider ingegaan op de vier beoogde doelen waarvoor ROM gebruikt kan worden, alsook op de aandachtspunten bij het daadwerkelijk kunnen realiseren van deze doelen (paragraaf 2.2). Vervolgens wordt een chronologisch overzicht gegeven van de ontwikkelingen die op het gebied van ROM in de GGZ hebben plaatsgevonden. Nadat kort stilgestaan wordt bij ‘voorloperprojecten’ (paragraaf 2.3), worden de initiatieven besproken die gericht waren of zijn op een landelijke invoering van ROM in de GGZ. Paragraaf 2.4 gaat in op afgesloten initiatieven: het door zorgverzekeraars opgerichte Kenniscentrum Zorg Nederland en het door GGZ Nederland geïnitieerde project ROM GGZ; paragraaf 2.5 richt zich op het in 2010 gesloten bestuurlijk akkoord tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland en de daaropvolgende oprichting van Stichting Benchmark GGZ (SBG) en haar activiteiten. Daarna wordt in paragraaf 2.6

ingegaan op recente ontwikkelingen: de kritiek op de benchmark-activiteiten van SBG en de reacties daarop, de plaats van ROM in het onlangs gesloten akkoord over de toekomst van de GGZ en het mogelijke vervolgtraject van het project ROM GGZ. Voor het lezersgemak begint elke paragraaf met een samenvatting. Het hoofdstuk sluit af met een beschouwing en conclusie (paragraaf 2.7).

2.2 ROM: doelen en aandachtspunten

Samenvatting

In 2010 formuleerden GGZ Nederland, het LPGGz, de NVvP en het NIP gezamenlijk vier beoogde doelen van ROM in de GGZ. Het primaire oogmerk van ROM is het ondersteunen van behandelaars en cliënten in de behandeling en begeleiding. Naast dit gebruik op individueel niveau, kunnen ROM-gegevens ook op geaggregeerd niveau gebruikt worden om te leren, te verantwoorden/ benchmarken en te onderzoeken. Het is niet vanzelfsprekend dat de vier beoogde doelen van ROM daadwerkelijk bereikt gaan worden in de GGZ. Zo blijkt wat betreft het primaire doel van ROM dat er behoefte is aan meer kennis over hoe en wanneer ROM-gegevens het beste teruggekoppeld kunnen worden aan behandelaars en cliënten om de behandeling en begeleiding te kunnen verbeteren. Wat betreft het gebruik van ROM-gegevens voor het vergelijken van GGZ-instellingen (benchmarking) – een doel dat momenteel sterk in de belangstelling staat – zijn er vooralsnog geen oplossingen gevonden voor belangrijke vraagstukken, zoals hoe omgegaan moet worden met verschillen tussen instellingen wat betreft gebruikte meetinstrumenten en de kenmerken van cliënten die behandeluitkomsten kunnen beïnvloeden ('casemix' verschillen).

2.2.1 Doelen van ROM

Routine Outcome Monitoring (ROM) kan gedefinieerd worden als een methode om de resultaten van een behandeling vast te stellen door periodiek de aard en ernst van de klachten van cliënten te meten (De Beurs & Zitman, 2007). Volgens de visie die recentelijk gezamenlijk is opgesteld door GGZ Nederland, het Landelijk Platform GGZ (LPGGz), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP) is ROM in de GGZ in theorie bruikbaar voor vier doelen:
1) behandelen en begeleiden, 2) leren, 3) verantwoorden en 4) onderzoeken (Stuurgroep ROM GGZ, 2010).

Het gebruik van ROM-gegevens op individueel niveau, om cliënt en hulpverlener in de praktijk te ondersteunen in de behandeling en begeleiding (doel 1), wordt algemeen beschouwd als het belangrijkste doel van ROM. De gedachte is dat cliënten en hulpverleners op basis van ROM-data een beter beeld krijgen van het beloop van de klachten, en daardoor samen en bijtijds gerichte keuzes kunnen maken in de behandeling en begeleiding. (Stuurgroep ROM GGZ, 2010).

Op geaggregeerd niveau zou ROM gebruikt kunnen worden voor de drie andere genoemde doelgebieden:

- *Leren*[10]

  Het bundelen van ROM-gegevens op geaggregeerd niveau biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in het functioneren van teams, afdelingen en GGZ-instellingen via benchmarking (Keet e.a., 2012; Oudejans e.a., 2009). Als de behandeluitkomsten duidelijk nadelig afwijken van die van andere teams, afdelingen of instellingen of van landelijke gemiddeldes, dan kan deze informatie aanknopingspunten bieden voor zorgverleners en GGZ-instellingen om de behandeling en begeleiding van cliënten te verbeteren (Stuurgroep ROM GGZ, 2010).

- *Verantwoorden*

  Benchmark-informatie zou niet alleen gebruikt kunnen worden om te leren, maar ook voor het afleggen van verantwoording over de effecten van de geleverde zorg, zowel naar cliënten die gebruikmaken van de GGZ als naar de financiers (Stuurgroep ROM GGZ, 2010). De aanname is dat het op basis van landelijk verzamelde ROM-gegevens op termijn mogelijk zou moeten zijn om een betrouwbaar inzicht te krijgen in hoe de uitkomsten van behandelingen door GGZ-instellingen zich tot elkaar en tot het landelijk gemiddelde verhouden. Het LPGGz vindt deze benchmarking op basis van ROM-gegevens belangrijk omdat het keuze-informatie kan bieden voor cliënten en 'achterblijvende' instellingen kan stimuleren de kwaliteit van de door hen geleverde zorg te verbeteren (LPGGz/LOC, 2010). Zorgverzekeraars verwachten dat door middel van het uitvoeren van een benchmark tussen instellingen op basis van ROM-gegevens de 'black box' van de GGZ geopend kan worden en dat in de toekomst gestuurd kan gaan worden op kwaliteit en doelmatigheid van zorg (Laane & Luijk, 2012).

- *Onderzoeken*

  Op geaggregeerd niveau kunnen ROM-gegevens ook gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek, op basis waarvan de behandeling en begeleiding van cliënten verbeterd kan worden (Stuurgroep ROM GGZ, 2010). Een belangrijk onderwerp dat aan de hand van ROM-gegevens onderzocht kan worden, is wat de effectiviteit is van behandelingen zoals die in de alledaagse klinische praktijk plaatsvinden (Nugter & Buwalda, 2012). Bevindingen uit dit zogeheten naturalistisch onderzoek met ROM vormen een waardevolle aanvulling op de resultaten uit gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's). Door de strenge inclusiecriteria voor cliënten die in RCT's worden gehanteerd om de werkzaamheid van een bepaald medicijn of een therapie te toetsen, blijken de behaalde resultaten vaak niet te reproduceren in de dagelijkse praktijk (Sytema e.a., 2011). Er zijn verscheidene andere onderzoeksthema's die met ROM-gegevens onderzocht kunnen worden (zie Sytema e.a., 2011 voor een overzicht). Een voorbeeld is onderzoek naar hoe en wanneer ROM-uitkomsten het beste aan de behandelaar en de cliënt teruggekoppeld kunnen worden om het resultaat van behandeling te verbeteren.

10 Gebruik van ROM-data voor dit doel wordt ook wel aangeduid met de term Routine Outcome Management.

Het is niet vanzelfsprekend dat alle vier de beoogde doelen van ROM daadwerkelijk bereikt gaan worden. In de volgende paragrafen zal stilgestaan worden bij belangrijke aandachtspunten bij a) het gebruik van ROM-gegevens ter ondersteuning van de behandeling en begeleiding van individuele cliënten, het primaire doel van ROM; en b) het gebruik van ROM-gegevens voor het vergelijken van instellingen (benchmarking), een doel dat momenteel sterk in de belangstelling staat.

2.2.2 Aandachtspunten bij het gebruik van ROM op individueel niveau

Nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit ROM-feedback.

Het gebruik van ROM in de GGZ op het niveau van de individuele cliënt houdt de belofte van betere behandeling en begeleiding in. Echter, deze belofte wordt nog niet gestaafd door wetenschappelijk onderzoek. Recentelijk is een meta-analyse gepubliceerd naar het effect van terugkoppeling van ROM-uitkomsten naar de behandelaar – en soms ook aan de cliënt – op het behandelresultaat (Carlier e.a., 2012). Veruit de meerderheid van de 52 trials[11] die zijn meegenomen in de meta-analyse werden verricht in de somatische gezondheidszorg. Wanneer alleen gekeken wordt naar de tien trials die werden uitgevoerd in de GGZ, dan is er op basis van de bevindingen nog onvoldoende wetenschappelijke evidentie om te kunnen concluderen dat feedback op basis van ROM-gegevens positieve effecten heeft op de behandeluitkomst (Vergouwen, 2011). Daarbij werden alle tien trials ook uitgevoerd in het buitenland, wat de vraag oproept in hoeverre de bevindingen generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse situatie.

Eerste Nederlandse studies: veel beïnvloedende factoren

Een onlangs gepubliceerde Nederlandse trial[12] geeft aan dat verscheidene factoren van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van ROM-feedback bij ambulante GGZ-cliënten. In het onderzoek werden drie condities met elkaar vergeleken: geen feedback, feedback aan alleen de behandelaar, en feedback aan zowel de behandelaar als de cliënt. Feedback was iedere behandelsessie online beschikbaar en bestond uit grafisch weergegeven ROM-uitkomsten met begeleidende tekst. In de analyses werd onderscheid gemaakt tussen korte behandelingen (<35 weken) en langere behandelingen (≥35 weken). Het bleek dat het effect van feedback het sterkste was bij cliënten die kort behandeld werden en niet goed vooruit gingen gedurende de behandeling, en wanneer feedback werd gegeven aan zowel de behandelaar als de cliënt (De Jong, 2012a). De feedback bleek vooral een gunstig effect te hebben op de snelheid waarmee cliënten vooruitgingen gedurende de behandeling; er werd geen significant effect gevonden op het niveau van functioneren van cliënten aan het einde van de behandeling. Andere studies van dezelfde onderzoeksgroep wijzen daarnaast op de relevantie van kenmerken van behandelaars (De Jong e.a., 2012b; De Jong, 2012c). Er werd onder meer gevonden dat vooral behandelaars met een voorkeur voor externe feedback[13] en degenen die de

11 Gerandomiseerd onderzoek met controlegroep.
12 Van te recente datum om meegenomen te kunnen worden in de meta-analyse van Carlier e.a. (2012).
13 Mensen met een externe feedbackvoorkeur vinden het prettig om regelmatig feedback van anderen te krijgen over hun prestaties, terwijl mensen met een interne voorkeur feedback van anderen niet belangrijk vinden en liever op hun eigen oordeel vertrouwen (De Jong, 2012a).

feedback als valide ervoeren, een positieve houding ten opzichte van ROM hadden. Als belangrijke belemmeringen om geen gebruik te maken van feedback werden andere taken die om aandacht vragen, tijdgebrek en gebrek aan persoonlijke motivatie genoemd (De Jong, 2012c).

Keuze voor meetinstrumenten

Algemeen gesteld kan de aandacht voor en acceptatie van feedback gestimuleerd worden door ervoor zorg te dragen dat er een breed draagvlak onder behandelaars bestaat voor de gekozen meetinstrumenten voor ROM (De Jong & Nugter, 2011). Meetinstrumenten dienen uiteraard te voldoen aan wetenschappelijke criteria, maar moeten bovenal klinisch relevante uitkomsten meten, zoals ernst van de klachten, functioneren en kwaliteit van leven (Nugter & Buwalda, 2012). Gezien de beperkte beschikbare tijd van behandelaars moet het aantal af te nemen instrumenten niet te groot zijn. Bij vragenlijsten die door cliënten zelf ingevuld moeten worden, is het belangrijk om te kiezen voor instrumenten die snel en simpel in te vullen zijn (Buwalda e.a., 2011). Scores op de meetinstrumenten dienen eenvoudig te interpreteren zijn (De Jong & Nugter, 2011), waarbij een overzichtelijke presentatie (bv. met grafieken) kan helpen (Molenaar, 2011). Wanneer en hoe vaak gemeten moet worden in de loop van de behandeling is mede afhankelijk van de cliëntengroep (Buwalda e.a., 2011). Zo kan het informatief zijn om ROM-metingen uit te voeren voorafgaand aan het opstellen en evalueren van behandelplannen. Andere mogelijkheden zijn om te meten bij tussentijdse wijzigingen in de behandeling, of bij iedere sessie, wat vooral zinvol is als op korte termijn behandeleffecten worden verwacht (Nugter & Buwalda, 2012).

Vastgesteld kan worden dat trials naar de effectiviteit van het geven van ROM-feedback in de GGZ hoofdzakelijk zijn uitgevoerd in het buitenland. Dit buitenlandse onderzoek geeft nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs om te kunnen concluderen dat het geven van feedback bijdraagt aan betere behandelresultaten. Eerste Nederlandse studies wijzen erop dat vele factoren van invloed zijn op de effectiviteit van ROM-feedback. Er is behoefte aan meer Nederlands onderzoek in de GGZ naar hoe en wanneer ROM-gegevens het beste gebruikt kunnen worden om de behandeling en begeleiding van individuele cliënten te verbeteren.

2.2.3 Aandachtspunten bij gebruik van ROM op geaggregeerd niveau: benchmarking

Benchmarking tussen GGZ-instellingen op basis van geaggregeerde ROM-gegevens staat de laatste jaren sterk in de belangstelling, niet in het minst doordat zorgverzekeraars ROM omarmd hebben als geschikte methode om verantwoordingsinformatie te krijgen over de kwaliteit van geleverde zorg in de GGZ. Het gebruik van ROM-gegevens voor benchmark-doeleinden is echter niet eenvoudig. Er bestaan verschillende aandachtspunten waarvoor nog een oplossing gevonden moet worden, zoals hoe omgegaan moet worden met verschillen tussen instellingen wat betreft cliëntenpopulaties, ROM-procedures en gebruikte meetinstrumenten.

Verschillen tussen cliëntenpopulaties

Verschillen tussen GGZ-instellingen hoeven niet zonder meer te wijzen op verschillen in kwaliteit van zorg, maar kunnen mede verklaard worden door verschillen tussen instellingen wat betreft de doelgroepen die zij gewoonlijk behandelen (Noom e.a., 2012). De behandeling van cliënten met kortdurende, enkelvoudige psychische problemen zal bijvoorbeeld eenvoudiger zijn dan die van cliënten met complexe, chronische problematiek. Om tot een betekenisvolle benchmark tussen instellingen te komen is het daarom essentieel dat gecorrigeerd wordt voor demografische en klinische kenmerken van cliënten, die samenhangen met het behandelresultaat (De Beurs, 2011). Vooralsnog is het echter niet mogelijk om zo'n casemixcorrectie betrouwbaar uit te voeren: het is nog onvoldoende duidelijk welke factoren een voorspellende waarde hebben voor de behandeluitkomst (Vermeiren e.a., 2011; De Beurs, 2011).

Verschillen tussen ROM-procedures

Om tot een betekenisvolle benchmark te komen zouden ideaal bezien alle GGZ-instellingen dezelfde ROM-procedure moeten gebruiken. Echter, de praktijk is dat er verschillen tussen instellingen bestaan wat betreft de persoon die de metingen uitvoert (bv. een administratief medewerker, een behandelaar of een testverpleegkundige), de manier waarop gemeten wordt (bv. op papier, via een interview of via een computer), de plek waar gemeten wordt (bv. thuis of bij de instelling) en de meetmomenten (Noom e.a., 2012). Een instelling kan bijvoorbeeld de eerste meting bij aanmelding laten plaatsvinden, terwijl een andere instelling dit doet bij de intake of het eerste behandelcontact. Verwacht kan worden dat scores in het eerste geval doorgaans negatiever zullen uitvallen, waardoor er meer vooruitgang te behalen valt. Hoe vaak er gemeten wordt, hangt mede af van de behandelsetting (Buwalda e.a., 2011). In de kortdurende ambulante setting zal relatief vaak gemeten worden, omdat de verwachting is dat de klachten op korte termijn zullen verminderen. In de langdurende zorg zal de meetfrequentie lager liggen, aangezien het bij cliënten met chronische problematiek niet te verwachten valt dat er in korte tijd verbetering optreedt.

Verschillen tussen meetinstrumenten

Voor benchmarking zouden idealiter GGZ-instellingen per specifieke cliëntengroep ('doelgroep') dezelfde meetinstrumenten moeten gebruiken. In de praktijk is het echter zo dat instellingen verschillende instrumenten toepassen om een bepaalde uitkomst bij een bepaalde groep cliënten te meten. Een potentiële oplossing wordt gevormd door methoden die het mogelijk maken om uitkomsten op verschillende meetinstrumenten onderling te vergelijken, zoals de genormaliseerde T-score, effect size, Reliable Change Index en klinisch significante verbetering (De Beurs, 2010; Noom e.a., 2012). Bij al deze methodes worden de scores op verschillende instrumenten door middel van statistische technieken omgezet naar een eenheidsmaat. Op dit moment is er echter nog volop discussie over de waarde van dit soort methoden (Delespaul, 2010; Vermeiren e.a., 2011; Noom e.a., 2012; De Beurs e.a., 2012).

Stichting Benchmark GGZ
Inmiddels is begin 2011 de Stichting Benchmark GGZ (SBG) opgericht die verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en uitvoeren van valide benchmarks. In het vervolg van dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de ontwikkelingen die geleid hebben tot de oprichting van SBG en op haar pogingen om ROM-gegevens aangeleverd te krijgen die bruikbaar zijn voor benchmarking. Allereerst zal echter in de volgende paragraaf kort worden stilgestaan bij voorloperprojecten op het gebied van ROM in de GGZ.

2.3 Pioniers op het gebied van ROM in de GGZ

Samenvatting
Rond de millenniumwisseling werden binnen verschillende projecten eerste stappen gezet om ROM toe te gaan passen in de GGZ. De ervaringen uit deze en ook latere projecten leren dat implementatie van ROM een complex proces is, waarbij allerlei factoren op verschillende niveaus een rol spelen.

2.3.1 Voorbeelden van voorloperprojecten
Rond de millenniumwisseling ontstonden in Nederland de eerste projecten op het gebied van ROM. Een voorbeeld is de ROM-methode die de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en de GGZ-instelling Rivierduinen in 2002 startten bij cliënten met stemmings-, angst- en/of somatoforme stoornissen (De Beurs & Zitman, 2007; De Beurs e.a., 2011). In het kader op p. 68 wordt een uitgebreide beschrijving van de methode gegeven. Het oogmerk was dat de verzamelde ROM-gegevens behandelaars en cliënten ondersteuning zouden bieden bij de behandeling, maar ook dat de ROM-gegevens gebruikt zouden worden voor benchmark-doeleinden en wetenschappelijk onderzoek. Tien jaar later is deze ROM-methode algemeen geaccepteerd en ingevoerd bij alle zes centra voor basiszorg van Rivierduinen en worden de verzamelde data in beperkte mate gebruikt in de klinische praktijk. Er vindt onderzoek plaats naar hoe dit gebruik bevorderd kan worden. Een aspect dat hierbij meespeelt, is dat het interpreteren van testresultaten op een voor de klinische praktijk relevante manier moeilijker blijkt te zijn dan gedacht (Zitman, 2012). De verzamelde ROM-gegevens worden nog nauwelijks toegepast voor benchmarking. Dit heeft deels een technische oorzaak: het blijkt lastig om ROM-gegevens en gegevens uit het elektronisch cliëntendossier samen te voegen tot één databestand. Er loopt onderzoek naar andere oorzaken en de mogelijkheden om de ROM-data te benutten voor benchmarking (Zitman, 2012). De verzamelde ROM-gegevens blijken wel bruikbaar voor verscheidene typen van wetenschappelijk onderzoek (zie kader).

De doorontwikkeling van de ROM-methode van het LUMC en Rivierduinen vindt tegenwoordig plaats binnen het kader van SynQuest, een samenwerkingsverband van zeven GGZ-instellingen.[14] De aangesloten instellingen wisselen ervaringen en ideeën uit om de implementatie en doorontwikkeling van ROM binnen de eigen organisaties

14 www.synquest.nl

en de gehele GGZ-sector te stimuleren. In samenwerking met SynQuest is onder meer de ROM applicatie QuestManager[15] doorontwikkeld. Binnen de GGZ zijn de afgelopen jaren verschillende andere samenwerkingsverbanden ontstaan rond het ontwikkelen en toepassen van ROM-methodes en/of software (zie voor een overzicht Van der Feltz-Cornelis e.a., 2010). Een voorbeeld is het Routine Outcome Monitoring Consortium Kinderen- en Adolescentenpsychiatrie (ROMCKAP) dat in 2008 in het leven werd geroepen door zestien kinder- en jeugdinstellingen in de GGZ.[16] ROMCKAP probeert een betrouwbare en bruikbare ROM-methode voor de jeugd-GGZ te ontwikkelen en in te voeren teneinde een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de zorg aan kinderen en adolescenten met psychische problemen (Kerkhoven e.a., 2011; Boer e.a., 2012). Een ander voorbeeld is de samenwerking tussen zeven GGZ-instellingen rond het ontwikkelen en invoeren van de ROM-applicatie Routine Outcome and Quality Assessment (RoQua).[17] Daarbij wordt specifiek gestreefd naar het optimaliseren van de koppeling van RoQua met de door de GGZ-instellingen gebruikte elektronische cliëntendossiers.

ROM bij Rivierduinen
(beschrijving is gebaseerd op De Beurs & Zitman, 2007; Zitman, 2012)

In 2002 is de GGZ-instelling Rivierduinen, in samenwerking met de afdeling Psychiatrie van het LUMC, gestart met ROM.
Doel: Het doel is om de resultaten van een behandeling vast te stellen, zowel voor hulpverleners en cliënten, als voor benchmarking en wetenschappelijk onderzoek.
Doelgroep: Cliënten met stemmings-, angst- en/of somatoforme stoornissen.
Meetdomeinen: Algemeen welbevinden, reductie van symptomen, verbetering in het functioneren.
Meetinstrumenten: Criteria voor selectie van meetinstrumenten waren hun psychometrische kwaliteit (betrouwbaarheid en validiteit) en beschikbaarheid in het publieke domein. Er zijn generieke vragenlijsten gekozen die door alle cliënten worden ingevuld, ongeacht hun stoornis. Daarnaast zijn er stoornis-specifieke instrumenten geselecteerd per stoornis (zie bijlage hoofdstuk 2 voor een overzicht).
Meetmomenten: Bij aanmelding wordt de diagnostische status van de cliënt vastgesteld middels een gestandaardiseerd interview, de Mini-plus, en een vragenlijst voor persoonlijkheidstrekken. Op basis van de diagnose wordt de ernst van de klachten bepaald met de bijbehorende meetinstrumenten. De vervolgmeting, waarbij alleen nog de ernst van de klachten wordt bepaald, vindt meestal elke drie maanden plaats. Tussentijds meten kan ook, bijvoorbeeld wanneer er belangrijke wijzigingen in de aard van de behandeling plaatsvinden.
Afnemer: Vragenlijsten worden of door cliënten zelf ingevuld, of door een onafhankelijke beoordelaar (een zogeheten testverpleegkundige die hier speciaal voor is opgeleid). Hulpverleners zelf worden (vooralsnog) ontzien. De data worden ingevuld in een speciaal hiervoor ontwikkeld web-based systeem (Questmanager).

15 QuestManager is een online softwareprogramma met gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten.
16 www.romckap.org
17 www.roqua.nl

Interpretatie van gegevens: Voor de interpretatie van gegevens wordt gebruikgemaakt van de methode van statistisch betrouwbare verandering, waarbij vijf mogelijke therapie-uitkomsten worden onderscheiden: herstel (betrouwbare verandering en een nametingscore als een gezond persoon); verbetering (alleen betrouwbare verandering); onveranderd (geen betrouwbare verandering); verslechtering (alleen betrouwbare verergering van de symptomen); terugval (betrouwbare verslechtering en een nametingscore als een ziek persoon terwijl men ervoor als een gezonde scoorde). De testverpleegkundige koppelt de uitslag van de meetsessie terug in een rapport aan de hulpverlener.
Implementatie: De ervaring uit dit project heeft geleerd dat het slagen van ROM staat of valt met de medewerking van hulpverleners, omdat zij het best in staat zijn cliënten te motiveren om deel te nemen aan de metingen. Om ROM zo aantrekkelijk mogelijk te maken voor hulpverleners worden er makkelijk te interpreteren uitkomsten aan hen teruggekoppeld en heeft ROM een vaste plaats binnen de casusbesprekingen gekregen. Desondanks was er in het begin veel weerstand bij hulpverleners, met name of ROM niet te belastend zou zijn voor de cliënt. Deze belasting bleek erg mee te vallen en cliënten ervoeren ROM als positief: er wordt zorgvuldig naar hun klachten en symptomen gekeken. Verder waren hulpverleners bezorgd of de privacy van cliënten wel was gewaarborgd. Echter, afspraken over het gebruik van ROM-data voor wetenschappelijk onderzoek zijn vastgelegd in het Psychiatrisch Academisch Registratienetwerk Leiden en omstreken (PAREL), dat door de medisch-ethische toetsingscommissie van het LUMC is goedgekeurd. In 2004 kreeg ongeveer 29% van de cliënten een eerste ROM-meting (bij start behandeling), in 2005 52%, in 2006 29% en in 2011 80%. Het blijkt wel lastig om de vervolgmetingen uit te voeren: in 2011 kreeg ongeveer 50% van de cliënten met een beginmeting een of meer vervolgmetingen.
Realisatie van doelen:
Klinische praktijk
Het gebruik van de uitkomsten in de dagelijkse praktijk is nog niet overal het geval. Er loopt onderzoek om erachter te komen waar dit beperkte gebruik door komt en hoe het gebruik verbeterd kan worden. Een mogelijke oorzaak is dat het interpreteren van de resultaten op een voor de praktijk relevante manier moeilijker is dan gedacht.
Benchmarking
Tevens worden data nog nauwelijks gebruikt voor benchmarking, onder andere door de onmogelijkheid ROM-data met data uit het elektronisch cliëntendossier samen te voegen tot één databestand. Er loopt eveneens onderzoek om deze toepassing te verbeteren.
Onderzoek
Tot nu toe is op basis van de verzamelde ROM-gegevens onder andere onderzoek gedaan naar de psychometrische kwaliteit van meetinstrumenten, epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van suïcidaliteit bij depressie, en effectonderzoek naar de generaliseerbaarheid van uitkomsten uit gerandomiseerde gecontroleerde trials naar de klinische praktijk.

2.3.2 Voorbeelden van een ander type voorloperprojecten

Rond de millenniumwisseling gingen ook projecten van start die zich voornamelijk richtten op het gebruik van ROM-gegevens op geaggregeerd niveau om te leren en te verantwoorden. ROM-gegevens werden binnen deze projecten dus niet toegepast op individueel cliëntniveau ter ondersteuning van behandel- of begeleidingstrajecten, het primaire doel van ROM. Voorbeelden van dit type voorloperprojecten zijn het STandaard Evaluatie Project (STEP) binnen de psychotherapeutische setting en het project Benchmark Leefstijltraining Verslavingszorg (BLV) binnen de verslavingszorg. Het ROM-systeem dat vanaf eind jaren negentig van de vorige eeuw in het kader van het STEP ontwikkeld werd, was er met name op gericht om de resultaten van gelijksoortige behandelingen van verschillende instellingen met elkaar te kunnen vergelijken (Nugter e.a., 1998; Timman, 2009). Het oogmerk op de langere termijn is om via deze benchmarking tussen instellingen de kwaliteit van klinische en deelklinische psychotherapie te verbeteren en de kosten ervan te beheersen. In het kader van het project BLV werd in 2002 begonnen met het ontwikkelen van een ROM-systeem voor het meten van uitkomsten van leefstijltrainingen voor ambulante cliënten met verslavingsproblemen (Oudejans e.a., 2009; Oudejans e.a., 2012). Sinds 2005 is het systeem volledig operationeel en wordt het gebruikt door vier grote instellingen voor verslavingszorg. De verzamelde ROM-gegevens worden op geaggregeerd niveau zowel binnen een instelling met elkaar vergeleken (over de tijd) als tussen de instellingen onderling. Deze benchmark informatie wordt halfjaarlijks teruggekoppeld aan behandelteams en managers van de instellingen om te 'leren'. Anders gezegd, het is de bedoeling dat de benchmarks behandelaars en instellingen handvatten bieden om de geleverde zorg te verbeteren. Daarnaast zou de benchmark informatie bruikbaar moeten zijn om verantwoording af te leggen aan zorgverzekeraars en inspectie. Opgemerkt dient te worden dat onderzoek vooralsnog niet heeft aangetoond dat de behandelaars en instellingen daadwerkelijk 'leren' van het terugkoppelen van de geaggregeerde behandeluitkomsten (Oudejans, 2009). Belemmeringen die naar voren kwamen waren onder meer dat leidinggevenden weinig aandacht hebben voor de uitkomsten en dat het voor zorgverleners niet duidelijk is hoe ze op basis van de teruggekoppelde informatie verbeteracties kunnen starten (Oudejans e.a., 2009).

2.3.3 Implementatie van ROM is complex

De ervaringen uit voorloperprojecten en latere projecten hebben geleerd dat implementatie van ROM een ingewikkeld proces is, dat beïnvloed wordt door allerlei factoren op verschillende niveaus. Voorbeelden van factoren (geen volledig overzicht) die van invloed kunnen zijn bij de implementatie van ROM binnen GGZ-instellingen staan in tabel 2.1 weergeven.

Tabel 2.1 Voorbeelden van beïnvloedende factoren bij de implementatie van ROM

Thema	Invloedrijke factor	Bevorderend (+) / belemmerend (-)
Organisatie	• Heldere besluitvorming binnen de instelling over het project[1-4] • Heldere logistieke lijnen binnen de instelling[1,4-5] • Heldere verdeling van verantwoordelijkheden binnen de instelling[2,4,6] • Aanwezigheid van kennis binnen de teams[2,4]	+ + + +
Interne omgeving	• Bereidheid van de cliënt om mee te werken[5,7-9] • Steun voor het project van leidinggevende/management binnen de instelling[1,3-4,6] • Steun voor het project van collega's binnen de instelling[1,4]	+ + +
Externe omgeving	• Gebruik van ROM-data door zorgverzekeraar[7,11]	-
Project zelf	• Aantrekkelijke terugkoppeling van resultaten[1,4,6,8-9,12] • Scholing in gebruik van resultaten in de behandeling[7,10,13-15] • Het creëren van een gezamenlijke taal binnen de instelling door het gebruik van dezelfde instrumenten[6]	+ + +
Hulpverlener	• Het gevoel dat het project 'vreemd' is en van buiten komt[1,4,13] • Onvoldoende kennis over het project[1,4,8,13] • De hulpverlener is in staat de uitkomsten te interpreteren[1,3,6,8-9,11,13] • Aansluiting op de taken van de hulpverlener[1,3,4,6-8,11, 13-16] • Belasting van de hulpverlener[4,13] • Het kunnen organiseren en plannen van de eigen werkzaamheden[4] • Open staan voor ROM-informatie[8,12-13,16]	- - + + - + +
Randvoorwaarden	• Voldoende materiële voorzieningen[1,3-4,6,10,13] • Betrokkenheid van hulpverleners bij het opzetten van het project[1,4] • Het uitdrukkelijk uitdragen van het project door een of meer betrokkenen[1,3-4,7] • Onvoldoende beschikbare tijd voor het invullen[1,3,6,14] • Onvoldoende administratieve ondersteuning[1,3-4,6-7,10,14]	+ + + - -

[1] *Oudejans e.a., 2009;* [2] *Van Horn & Eisenberg, 2011;* [3] *Drieschner e.a., 2011b;* [4] *Veerbeek & Pot, 2011;*
[5] *Van Fenema e.a., 2010;* [6] *Drieschner e.a., 2011a;* [7] *Delespaul, 2011;* [8] *De Beurs e.a., 2011;*
[9] *De Beurs & Zitman, 2007;* [10] *Zitman, 2012;* [11] *Schaefer e.a., 2011;* [12] *Oudejans e.a., 2011;*
[13] *De Jong, 2012c;* [14] *Swildens e.a., 2011;* [15] *Metz, 2011;* [16] *Stollenga & de Weert, 2011*

2.4 Naar een landelijke invoering van ROM in de GGZ (1): KZN (2008-2010) en het project ROM GGZ (2009-2011)

Samenvatting

Onder invloed van de toenemende roep om transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg in de GGZ werden zowel vanuit zorgverzekeraars als vanuit GGZ Nederland initiatieven ontplooid om ROM breed te implementeren binnen de GGZ.

Zorgverzekeraars omarmden ROM als een geschikte methode op basis waarvan GGZ-instellingen met elkaar vergeleken kunnen worden wat betreft de uitkomsten van de geleverde zorg (benchmarken). Om benchmarkinformatie op basis van ROM-gegevens te verkrijgen, richtten zij in 2008 het Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) op. Begin 2010 hadden circa 50 instellingen een contract afgesloten met KZN.

Om het initiatief rond de ontwikkeling van ROM niet over te laten aan zorgverzekeraars, en benchmarking niet leidend te laten zijn, initieerde GGZ Nederland in 2009 het driejarige project ROM GGZ, dat in samenwerking met de LPGGz, de NVvP en het NIP werd uitgevoerd. Er werd allereerst een gezamenlijke visie op ROM geformuleerd, waarin onder meer de in paragraaf 2.2 besproken vier doelgebieden van ROM onderscheiden worden (behandelen en begeleiden, leren, verantwoorden en onderzoeken). Het project ROM GGZ richtte zich verder op (a) het bevorderen van de implementatie van ROM binnen zo veel mogelijk GGZ-instellingen; en (b) het toewerken naar onderling vergelijkbare uitkomsten en ROM-methoden. In het kader van de tweede doelstelling is eind 2010 een dringende aanbeveling – en eind 2011 een herziening daarvan – naar het veld uitgegaan over het gebruik van ROM in de praktijk. Hierin worden adviezen gegeven over de uitkomsten ('meetdomeinen': ernst problematiek, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven) die professionals en GGZ-instellingen bij verschillende specifieke cliëntengroepen ('doelgroepen') zouden dienen te meten en de daarvoor te gebruiken meetinstrumenten. Het project ROM GGZ heeft echter geen antwoord gevonden op hoe voldaan kan worden aan belangrijke voorwaarden om op een valide manier ROM-gegevens te kunnen vergelijken op het niveau van teams, afdelingen en instellingen. Zo is het nog onduidelijk of uitkomstgegevens van verschillende meetinstrumenten met elkaar vergeleken kunnen worden, en voor welke variabelen die voorspellend zijn voor het behandelresultaat gecorrigeerd zou moeten worden (casemix-correctie).

2.4.1 Oprichting Kenniscentrum Zorg Nederland door zorgverzekeraars

Met de overheveling van de curatieve zorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2008, kwam een groot deel van de kosten van de GGZ bij de zorgverzekeraars terecht (De Beurs, 2011; Laane & Luijk, 2012). Hierdoor is bij zorgverzekeraars een sterke behoefte ontstaan aan meer inzicht in de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg in de GGZ (Laane & Luijk, 2012). ROM wordt hiervoor een geschikte systematiek geacht. Zorgverzekeraars verwachten dat door middel van het uitvoeren van een benchmark tussen instellingen op basis van

ROM-gegevens de ‘black box’ van de GGZ geopend kan worden en in de toekomst gestuurd kan gaan worden op kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Om op landelijk niveau ROM-gegevens te verzamelen en te verwerken tot benchmarkinformatie werd daarom in 2008 door een aantal zorgverzekeraars gezamenlijk het Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) opgericht. Uitkomstindicatoren werden een belangrijk onderdeel van de onderhandelingen met de GGZ-instellingen (Van der Meeren, 2011). Begin 2010 hadden ongeveer 50 GGZ-instellingen een contract afgesloten met KZN over het aanleveren van ROM-informatie.[18]

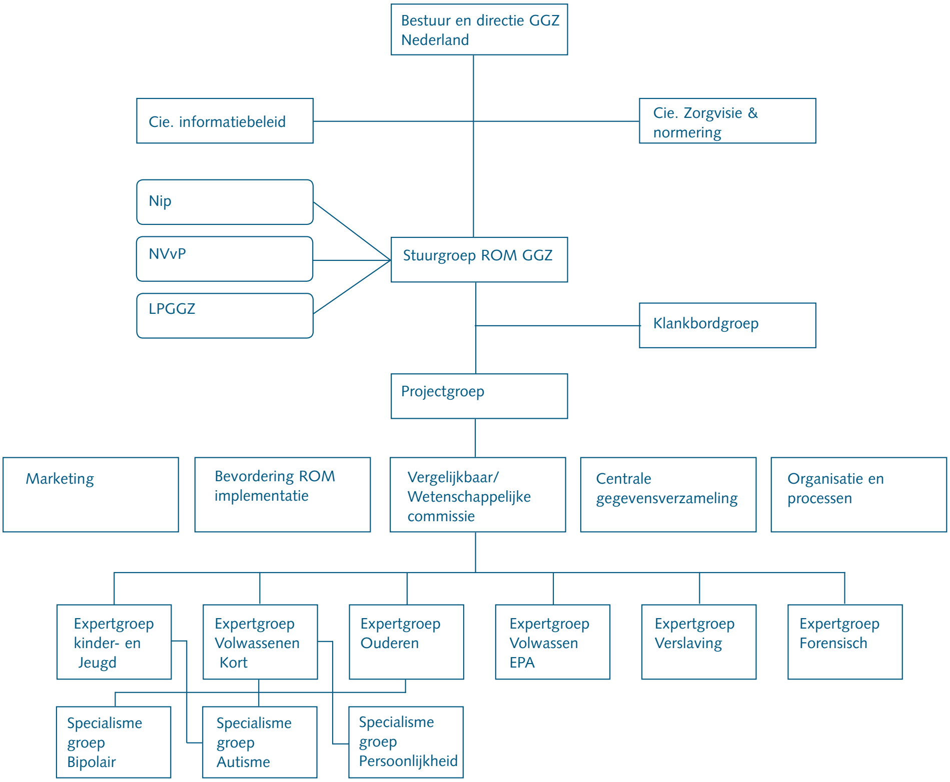
2.4.2 Project ROM GGZ, geïnitieerd door GGZ Nederland

De groeiende behoefte aan beter zicht op de kwaliteit van de geboden zorg in de GGZ werd door de sector zelf onderkend. Transparantie over de kwaliteit van zorg en het afleggen van verantwoording daarover is voor de sector zelf ook van strategisch belang (Van den Hoek & Happé, 2009). Het aantonen van de effectiviteit en relevantie van behandelingen in de dagelijkse praktijk kan er bijvoorbeeld aan bijdragen dat de overheid bij bezuinigingen op de gezondheidszorg minder geneigd is de GGZ onevenredig te belasten (Bruinsma e.a., 2012; De Beurs, 2011). GGZ Nederland vond het echter zorgelijk dat haar leden door KZN onder druk werden gezet tot invoering van ROM, omdat zij op basis van de uitkomsten financieel afgerekend zouden kunnen worden (Van Hees e.a., 2011). In 2009 startten GGZ Nederland, het Landelijk Platform GGz (LPGGz), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) daarom gezamenlijk het project ROM GGZ voor de duur van drie jaar. Figuur 2.1 geeft de organisatie van het project schematisch weer.

De vier betrokken partijen formuleerden een gezamenlijk visie op ROM, waarin de vier beoogde doelgebieden van ROM onderscheiden worden die in paragraaf 2.2 al uitgebreid besproken zijn: behandelen en begeleiden, leren, verantwoorden en onderzoeken (Stuurgroep ROM GGZ, 2010). Binnen het project ROM GGZ zijn eerste stappen gezet om deze doelen daadwerkelijk te kunnen realiseren. Er is gewerkt aan het stimuleren van de implementatie van ROM binnen zo veel mogelijk GGZ-instellingen. In 2010 werd daarbij gefocust op het uitdragen van implementatiekaders (visie; op de agenda plaatsen), het uitwisselen van ervaringen en informatie binnen de branche (netwerkbijeenkomsten; het beschikbaar stellen van materialen; vraagbaakfunctie), de interactie met stakeholders (periodieke afstemming), en het monitoren van de voortgang van de implementatie van ROM.[19] In 2011 richtte de aandacht zich meer op het dagelijks gebruik van ROM ter ondersteuning van de behandeling en begeleiding van cliënten.[7]

18 Nieuwsbrief SBG, 25 april 2011
19 www.romggz.nl

Figuur 2.1 Projectorganisatie ROM GGZ



Naast het stimuleren van een branchebrede implementatie van ROM, was een andere belangrijke activiteit binnen het project ROM GGZ het ontwikkelen van een systematiek waarmee ROM-gegevens van verschillende GGZ-instellingen beter onderling vergelijkbaar zouden worden, ongeacht de gebruikte ROM-procedure (Van den Hoek & Happé, 2009). Als uitgangspunt werd genomen dat het mogelijk zou moeten zijn om binnen specifieke cliëntengroepen ('doelgroepen') uitkomstgegevens van verschillende instellingen onderling te vergelijken, mits er binnen de gehele sector duidelijke afspraken gemaakt worden over (GGZ Nederland, 2009):
te onderscheiden doelgroepen;
- de variabelen die benodigd zijn voor casemixcorrectie;
- het toepassen van gevalideerde en genormeerde meetinstrumenten;
- betekenisvolle uitkomsten;
- de definitie van meetmomenten;
- de frequentie van gegevensaanlevering.

Wat betreft doelgroepen werden in eerste instantie zes groepen onderscheiden die het grootste deel van de cliëntenpopulatie van de GGZ dekken:
jeugdigen (0-18 jaar)[20] en hun ouders;

- volwassenen met (vermoeden van) stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen (SAS)[21];
- volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA);
- ouderen (65 jaar en ouder) en hun eventuele mantelzorgers (zowel gerontopsychiatrie als psychogeriatrie);
- cliënten met een aan een middel gebonden stoornis (verslavingszorg); en
- cliënten met een strafrechtelijke achtergrond (forensische psychiatrie).

In een later stadium werden nog drie aanvullende doelgroepen onderscheiden die een aparte benadering vereisen:

- cliënten met autisme;
- cliënten met een bipolaire stoornis; en
- cliënten met (vermoeden van) persoonlijkheidsstoornissen.

Expertgroepen hebben vervolgens aanbevelingen geformuleerd voor ROM bij elk van deze doelgroepen. Het ging hierbij om adviezen over onder meer de te meten uitkomsten ('meetdomeinen'), de daarvoor te gebruiken meetinstrumenten, meetmomenten en -frequentie, en relevante casemixvariabelen. Op basis van de adviezen van de verschillende expertgroepen deed de Stuurgroep van het project ROM GGZ begin 2011 een dringende aanbeveling – en eind 2011 een herziening daarvan – aan professionals en GGZ-instellingen over het gebruik van ROM in de praktijk. Deze aanbeveling gaat vooral over de domeinen die in ieder geval bij de verschillende doelgroepen gemeten dienen te worden en de daarvoor te gebruiken meetinstrumenten. In tabel 2.2 is hiervan een overzicht weergegeven. Zoals te zien is, worden voor het meten van een bepaalde uitkomst voor een bepaalde doelgroep doorgaans twee of drie verschillende meetinstrumenten aanbevolen. Dus hoewel met behulp van de aanbeveling getracht is meer landelijke uniformiteit te bewerkstelligen wat betreft meetinstrumentarium, hebben instellingen nog steeds de keuze uit meerdere instrumenten. Zoals eerder besproken (paragraaf 2.2.3) is het de vraag of uitkomsten van verschillende meetinstrumenten onderling vergelijkbaar gemaakt kunnen worden via statistische methodes.[22] In haar aanbeveling naar het veld wijst de Stuurgroep ROM GGZ erop dat deze methodes nog op hun waarde onderzocht dienen te worden.

20 Met mogelijke uitloop tot 23 jaar.
21 Oorspronkelijk was deze doelgroep breder geformuleerd en had ze betrekking op volwassenen met stoornissen anders dan ernstige psychiatrische aandoeningen; in 2011 is de doelgroep 'versmald' tot volwassenen met stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen.
22 O.a. de genormaliseerde T-score, effect size, Reliable Change Index en klinisch significante verbetering.

Tabel 2.2 Binnen het project ROM GGZ onderscheiden doelgroepen met bijbehorende aanbevolen meetdomeinen[1]

Doelgroep \ Meetdomein	Ernst problematiek	Dagelijks functioneren	Kwaliteit van leven	Aanvullend meetdomein
Kinderen en Jeugd	ASEBA of SDQ	HoNOSCA	Kidscreen-27	
Volwassenen Stemmings-, Angst- en Somatoforme stoornissen	SCL-90 of BSI of OQ-45 of KKL	OQ-45 (evt. + ORS) of SF-36/RAND-36	EQ-5D of SF-36/RAND-36	
Volwassenen Ernstig psychiatrische aandoe-ningen	PANSS of BPRS of HoNOS (3 items)	HoNOS of CANSAS	MANSA of L-QoL	
Ouderen – **Geronto-psychiatrie**	HoNOS65+ en GDS-15 en HADS-A	HoNOS65+ en GAF		
Ouderen – **Psycho-Geriatrie**	GDS-R of CDR			**Mantelzorgstress:** EDIZ of SSCQ
Verslavingszorg	MATE (module 10) of DASS-21 of SCL-90 of BSI	MATE-ICN (module 7) of ASI/EuropASI (secties nog vaststellen) of HoNOS	EQ-5D of MANSA of L-QoL	**Middelengebruik:** ASI/EuropASI (sectie 3) of MATE (module 1)
Autisme Spectrum Stoornissen	Afhankelijk van setting waarin behandeling plaatsvindt (kinderen en jeugd, volwassenen, ouderen)			**Sociaal-emotioneel functioneren en/of executief functioneren:** VIS of SRS of BRIEF
Volwassenen Bipolaire Stoornissen	SCL-90 of BSI of OQ-45 of KKL	OQ-45 (evt. + ORS) of SF-36/RAND-36	EQ-5D of SF-36/RAND-36	**Ziektebeloop:** CGI-BP
Volwassenen Persoonlijk-heidsproblematiek	SCL-90 of BSI of OQ-45 of KKL	OQ-45 (evt. + ORS) of SF-36/RAND-36	EQ-5D of SF-36/RAND-36	**Zelffunctioneren en interpersoonlijk functioneren:** GAPD of SIPP of IIP

[1] Het advies van de expertgroep Forensische Psychiatrie is niet opgenomen in deze aanbeveling, omdat nadere besluitvorming over de ROM-praktijk in de forensische zorg nog diende plaats te vinden.
Bron: Herziene aanbeveling Stuurgroep ROM GGZ, december 2011

Ook voor een ander belangrijk aandachtspunt bij het vergelijken van ROM-gegevens tussen instellingen is in het project ROM GGZ geen oplossing gevonden: welke variabelen zijn relevant om mee te nemen in casemixcorrecties? Alle expertgroepen concludeerden eind 2011 dat voor de beantwoording van deze vraag eerst een gedegen analyse van voldoende ROM-gegevens noodzakelijk is. De Stuurgroep ROM GGZ geeft in haar aanbeveling naar het veld dan ook aan dat het op dit moment te vroeg is om hierover concrete uitspraken te doen.

2.5 Naar een landelijke invoering van ROM in de GGZ (2): akkoord tussen GGZ Nederland en ZN en de oprichting van SBG (2011-...)

Samenvatting

Na eerst elk hun eigen initiatief ontplooid te hebben, sloten Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGZ Nederland medio 2010 een bestuurlijk akkoord rond het gebruik van ROM-gegevens. Besloten werd tot de oprichting van een onafhankelijke stichting, de Stichting Benchmark GGZ (SBG), die verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en uitvoeren van valide benchmarks. De benchmarks zouden GGZ-instellingen informatie moeten gaan verschaffen over hoe hun behandelresultaten zich verhouden tot het landelijk gemiddelde en over hoe de behandelresultaten van verschillende onderdelen binnen de eigen organisatie zich onderling tot elkaar verhouden. Zorgverzekeraars zouden via de benchmarks informatie moeten gaan krijgen over hoe de behandelresultaten van instellingen zich tot elkaar verhouden en tot het landelijke gemiddelde. Voor de periode 2011-2014 werd een tijdspad afgesproken omtrent de aanlevering van ROM-gegevens door GGZ-instellingen: in 2014 dient van minimaal de helft van de cliënten een begin- en eindmeting aangeleverd te zijn aan SBG.

Vooralsnog hebben de activiteiten van SBG zich vooral gericht op het van zo veel mogelijk instellingen aangeleverd krijgen van ROM-gegevens die bruikbaar zijn voor benchmarking. Daarbij is er voor gekozen om ROM-metingen te koppelen aan de registratie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's); voor behandeltrajecten die buiten de curatieve tweedelijns-GGZ vallen hoeven instellingen voorlopig geen ROM-gegevens aan te leveren. Instellingen zijn verplicht om een minimale set van gegevens aan te leveren aan SBG, de zogeheten Minimale Dataset. Wat betreft de verplicht te meten uitkomsten ('meetdomeinen') en de daarvoor te gebruiken meetinstrumenten is geprobeerd zo veel mogelijk aan te sluiten bij de aanbeveling die eind 2011 vanuit het project ROM GGZ naar het veld is uitgegaan. Vastgesteld kan worden dat de selectie van SBG van te gebruiken meetinstrumenten breder is dan de eerdere selectie van het Project ROM GGZ. Dit vergroot de kans dat verschillende instellingen gebruik maken van verschillende meetinstrumenten, terwijl het twijfelachtig is of uitkomstgegevens van verschillende meetinstrumenten wel onderling vergeleken kunnen worden. In een recente studie van onderzoekers van SBG wordt deze twijfel bevestigd en wordt gepleit voor een beperktere set van te gebruiken meetinstrumenten. SBG heeft ook nog geen antwoord op de vraag welke variabelen noodzakelijk zijn om mee te nemen in casemixcorrecties. Instellingen zijn wel verplicht om bepaalde cliëntkenmerken en diagnostische informatie aan te leveren, die in de toekomst gebruikt kan gaan worden voor casemixcorrecties.

Ondanks de inspanningen van SBG, blijkt dat veel instellingen het in het bestuurlijk akkoord afgesproken aanleverpercentage voor 2011 (van 20% van de cliënten een begin- en eindmeting) bij lange na niet hebben gehaald. Dit heeft ertoe geleid dat GGZ-instellingen door zorgverzekeraars onder druk worden gezet om ROM-gegevens tijdig aan te leveren aan SBG. De moeizame gegevensaanlevering heeft waarschijnlijk meerdere oorzaken, variërend van implementatieproblemen tot weerstand onder professionals tegen de benchmark-activiteiten van SBG.

De moeizame aanlevering van ROM-gegevens zal ook gevolgen hebben voor de aanlevering van gegevens voor de prestatie-indicatoren GGZ/VZ over 2012. In de Kernset prestatie-indicatoren 2012 is namelijk voor wat betreft de uitkomstindicatoren ernst problematiek, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven een koppeling gemaakt met de ROM-gegevens die aan SBG geleverd dienen te worden.

2.5.1 Bestuurlijk akkoord GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland

Met de oprichting van KZN door de zorgverzekeraars in 2008 en het door GGZ Nederland in 2009 geïnitieerde project ROM GGZ ontstonden er twee concurrerende initiatieven, die elkaar tegelijkertijd ook nodig hadden om tot een landelijke verzameling van uitkomstmetingen te komen (Lemke, 2011). Immers, bij elke ‘partij’ was nu een deel van de instellingen aangesloten.

Overleg dat volgde tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) leidde medio 2010 tot het opstellen van een bestuurlijk akkoord over het stimuleren van de kwaliteit en de transparantie van geestelijke gezondheidszorg in Nederland (Zorgverzekeraars Nederland/GGZ Nederland, 2010). Er zijn onder meer afspraken gemaakt over het gebruik van ROM-gegevens ten behoeve van een landelijke benchmark (verantwoording). De gedachte is dat een landelijke verzameling van uitkomstmetingen goed zicht gaat geven op de effectiviteit en kwaliteit van de GGZ, en een belangrijke rol kan gaan spelen bij het bevorderen van de kwaliteit van zorg in de GGZ. Voor hulpverleners en GGZ-instellingen kan een centrale verzameling van ROM-gegevens een belangrijk hulpmiddel zijn om te leren en te onderzoeken. Zorgverzekeraars zien een belangrijke rol weggelegd voor een centrale verzameling bij de inkoop van zorg in de GGZ op basis van betrouwbare benchmarks. Afgesproken werd om de landelijke benchmark te laten uitvoeren door een gezamenlijk gedragen Trusted Third Party (TTP), te realiseren door het omvormen en uitbouwen van KZN. Met het van start gaan per 1 januari 2011 van de Stichting Benchmark GGZ (SBG) is deze transitie verwezenlijkt.

In hun akkoord hebben GGZ Nederland en ZN een tijdpad afgesproken omtrent de aanlevering van ROM-gegevens door GGZ-instellingen aan SBG (ZN/GGZ Nederland, 2010). Overeengekomen werd dat GGZ-instellingen in 2010 zouden starten met het aanleveren van beschikbare ROM-gegevens. Vanaf 2011 zouden alle GGZ-instellingen ROM geïmplementeerd dienen te hebben en data moeten aanleveren. De afspraak is verder dat in de periode 2011-2014 het minimale percentage cliënten waarvan een begin- en eindmeting aangeleverd wordt, zal toenemen van 20% naar 50%, met een jaarlijkse groei van 10% in die periode.

In het bestuurlijk akkoord zijn ook de rollen beschreven die zorgverzekeraars en GGZ-instellingen dienen te vervullen om een landelijke benchmark op basis van ROM-gegevens te bewerkstelligen (Zorgverzekeraars Nederland/GGZ Nederland, 2010). Zorgverzekeraars worden geacht in hun contracten met GGZ-instellingen afspraken op te nemen omtrent de aanlevering van ROM-gegevens aan de SBG. Een verzekeraar kan een instelling 'belonen' wanneer deze meer uitkomstmetingen aanlevert dan wordt beoogd volgens het tijdpad. Wanneer de gegevensaanlevering achterblijft, gaat de verzekeraar hierover in gesprek met de instelling, en kunnen er consequenties zijn voor de contractuele afspraken. De in het akkoord geformuleerde opdracht aan de GGZ-instellingen is om zo snel mogelijk zorg te dragen voor de gezamenlijke ontwikkeling van het inhoudelijk instrumentarium om ROM te kunnen uitvoeren. GGZ Nederland dient haar lidinstellingen actief te stimuleren om ROM-metingen aan te leveren. Lidinstellingen die niet aanleveren worden hierop aangesproken door de brancheorganisatie.

2.5.2 Stichting Benchmark GGZ

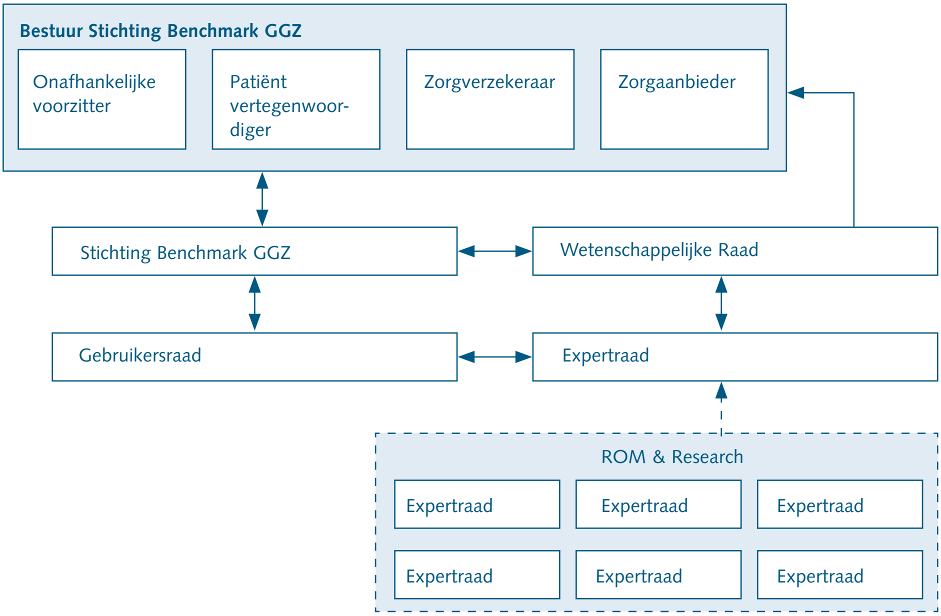
Organisatie en doelstellingen

Zoals afgesproken in het bestuurlijk akkoord is SBG verantwoordelijk voor de verwerking van de ROM-gegevens, en het ontwikkelen en opstellen van valide benchmarks. De stichting wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars. GGZ-instellingen dragen zelf de kosten die gepaard gaan met de implementatie van ROM en de gegevensaanlevering aan SBG.

In figuur 2.2 is de organisatie van SBG schematisch weergegeven. Het bestuur wordt gevormd door afgevaardigden van instellingen (n=3), zorgverzekeraars (n=3) en het LPGGz (n=1) en heeft een onafhankelijke voorzitter. Naast een algemeen en een inhoudelijk directeur zijn een tiental medewerkers werkzaam bij SBG, die zich onder andere bezig houden met training en implementatieadvies aan GGZ-instellingen, applicatiebeheer, en onderzoek naar de methodiek van benchmarking. De Wetenschappelijke Raad, bestaande uit acht personen, houdt toezicht op het wetenschappelijke kader waarbinnen SBG opereert, zoals het gebruik van gevalideerde en/of bewezen methoden en technieken. Zij kan gevraagd en ongevraagd bindend advies uitbrengen aan het bestuur en de beide directeuren van SBG. De Wetenschappelijke Raad wordt op haar beurt geadviseerd door expertraden, waarin (ROM-)experts uit het veld zitting hebben. Aanvankelijk organiseerde SBG deze expertraden zelf. Vanaf 2011 werd aangesloten bij de expertgroepen van het project ROM GGZ (zie paragraaf 2.4.2).[23] Tot slot geeft de Gebruikersraad[24] gevraagd en ongevraagd advies over de producten en diensten van SBG.

23 SBG Nieuwsbrief 14, 21 juni 2012
24 Iedere zorgaanbieder die een contract heeft afgesloten met SBG kan een lid afvaardigen voor de Gebruikersraad.

Figuur 2.2 Organogram van de Stichting Benchmark GGZ



Bron: Factsheet Stichting Benchmark GGZ en de Benchmark Rapportage Module (BRaM), 2011

Uiteindelijk is het primaire oogmerk van SBG dat het op basis van de aangeleverde ROM-gegevens benchmark-informatie gaat leveren aan zowel instellingen als zorgverzekeraars (SBG, 2011). Het is de bedoeling dat instellingen informatie krijgen over hoe de uitkomsten van hun behandelingen zich verhouden tot het landelijk gemiddelde (‘externe’ benchmarking). Daarnaast is het streven dat het voor een GGZ-instelling inzichtelijk wordt hoe behandelingsuitkomsten die behaald zijn door verschillende onderdelen binnen de eigen organisatie – locaties, afdelingen, behandelaars, etc. – zich onderling tot elkaar verhouden (‘interne’ benchmarking). Instellingen zullen geen informatie krijgen over de resultaten van andere instellingen. Het oogmerk is dat zorgverzekeraars informatie krijgen over hoe de uitkomsten van behandelingen door instellingen zich onderling tot elkaar verhouden en tot het landelijk gemiddelde (‘externe’ benchmarking). De resultaten van interne benchmarking binnen een GGZ-instelling zullen niet toegankelijk zijn voor zorgverzekeraars.

Verplichte gegevensaanlevering

Vooralsnog hebben de activiteiten van SBG zich gericht op het van zo veel mogelijk instellingen aangeleverd krijgen van ROM-gegevens die bruikbaar zijn voor benchmarking. Daarbij is er voor gekozen om ROM-metingen te koppelen aan de registratie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC’s), de eenheid voor het declareren van uitgevoerde behandelingen in de tweedelijns curatieve GGZ. Een DBC heeft een maximale duur van één jaar en er zijn verschillende soorten DBC’s, afhankelijk van onder meer het

zorgtype en de diagnose. Instellingen dienen een uitkomstmeting rond de datum van de eerste behandelsessie van een afgesloten DBC-traject aan te leveren, en één rond de datum van de laatste behandelsessie.[25] Het is de bedoeling dat SBG de resultaten van behandelingen gaat vaststellen door deze begin- en eindmetingen met elkaar te vergelijken. Vooralsnog hoeven instellingen geen ROM-gegevens aan te leveren die gekoppeld zijn aan eerstelijnsbehandelingen, ZZP(zorgzwaartepakket)–trajecten, en DBBC(Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinatie)-trajecten.

SBG hanteert een zogeheten Minimale Dataset waarin beschreven staat welke gegevens instellingen minimaal verplicht zijn aan te leveren. Opgemerkt dient te worden dat de Minimale Dataset een product in ontwikkeling is: om de zoveel tijd worden wijzigingen doorgevoerd, per juli 2012 halfjaarlijks. Wat betreft de verplicht te meten uitkomsten ('domeinen') en de daarvoor te gebruiken meetinstrumenten (zie tabel 2.3) is geprobeerd zo veel mogelijk aan te sluiten bij de aanbeveling die de Stuurgroep ROM GGZ eind 2011 naar het veld heeft doen uitgaan. De door SBG onderscheiden 'zorgdomeinen'[26] komen dan ook grotendeels overeen met de in het project ROM GGZ onderscheiden 'doelgroepen' (zie tabel 2.3, p. 82). Er is een aantal verschillen. SBG maakt bij het zorgdomein verslaving een onderscheid tussen *cure* en *care*, terwijl dit in het advies van de Stuurgroep ROM GGZ niet het geval was. De in het project ROM GGZ onderscheiden drie specifieke doelgroepen, namelijk autisme, bipolaire stoornis en persoonlijkheidsproblematiek, zijn door SBG niet gedefinieerd als apart zorgdomein. Wel onderscheidt SBG dyslexie als afzonderlijk zorgdomein, iets wat in het advies van de Stuurgroep ROM GGZ niet gebeurde.

Een ander belangrijk verschil is dat de Stuurgroep ROM GGZ een aanbeveling naar het veld stuurde, terwijl de door SBG gedefinieerde meetmomenten, zorgdomeinen, meetdomeinen en selectie van meetinstrumenten verplicht zijn. Door het verplicht stellen van deze 'branchebrede standaard' zullen ROM-metingen van verschillende instellingen onderling beter vergelijkbaar gaan worden. Hierbij kunnen echter wel kanttekeningen geplaatst worden. Zoals te zien is in tabel 2.3, kan per zorgdomein voor de meeste van de verplichte domeinen nog steeds gekozen worden uit twee of meer verschillende meetinstrumenten. Het blijkt dat de selectie van te gebruiken instrumenten voor het meten van klachten en symptomen voor verschillende zorgdomeinen zelfs breder geworden is dan de eerder gemaakte selectie van het project ROM GGZ (zie tabel 2.2). Dit vergroot de kans dat GGZ-instellingen gebruikmaken van verschillende meetinstrumenten, terwijl het twijfelachtig is of uitkomsten van behandelingen die gemeten zijn met verschillende instrumenten wel onderling vergeleken kunnen worden. Dit wordt geïllustreerd door een recente studie die werd uitgevoerd door onderzoekers van SBG (De Beurs e.a., 2012). Gevonden werd dat veelgebruikte vragenlijsten substantieel verschillen in de mate waarin ze gevoelig zijn voor verandering van de klachten

25 SBG heeft als algemene regel dat een beginmeting (eindmeting) geldig is wanneer deze plaatsgevonden heeft in de periode van drie maanden voor tot drie maanden na de datum van de eerste (laatste) behandelsessie van de DBC.

26 Volgens de Minimale Dataset dienen instellingen voor elk afgesloten DBC-traject te bepalen tot welk zorgdomein deze behoort. Een zorgdomein is een relatief homogene groep van cliënten (zie tabel 2.3).

Tabel 2.3 Door SBG onderscheiden zorgdomeinen met bijbehorende verplichte meetdomeinen (juli 2012)[1]

Zorgdomein \ Meetdomein		Klachten en symptomen	Functioneren	Kwaliteit van leven	Aanvullend meetdomein
Kinder- en Jeugd		CBCL; SPsy-prob; SDQ; C-TRF; YSR; TRF	HoNOSCA	Kidscr	**Ouderlijke stress:** OBVL NOSIK
Volwassenen kort		DASS; OQ45-sd; SCL90; BSI; KKL; CORE34; HADS	OQ45	EQ5D; SF36 RAND36	
Volwassenen ernstig psychiatrische aandoeningen			HoNOS-12; CAN	MANSA; L-QOL	
Ouderen	**Geronto-psychiatrie**	GDS15; HADS-A	HoNOS65		
	Psycho-geriatrie				**Mantelzorgondersteuning:** EDIZ; SSCQ
Verslaving	**Cure**	MATE10; DASS; OQ45-sd; SCL90; BSI; CORE34; KKL	MATE7; HoNOS-12	EQ5D; L-QOL; MANSA	**Middelengebruik:** Mate1; ASI-gebr; EUASI-gebr
	Care	MATE10; DASS; OQ45-sd; SCL90; CORE34; KKL; BSI	MATE7; HoNOS-12	EQ5D; L-QOL; MANSA	**Middelengebruik:** Mate1; ASI-gebr; EUASI-gebr
Forensische psychiatrie					**Risico:** KHKT30; IFBE; START; DROS; Waagschaal-V
Dyslexie					**Leesvloeiendheid:** EMT; 3DMLS-SNL **Schrijfvaardigheid:** 3DMSPL-ACC; PI-DICTEE

[1] Het is in de SBG set mogelijk om voor een aantal instrumenten data van verkorte versies aan te leveren.Dit geldt bijvoorbeeld voor de MANSA, waarbij vier verschillende versies zijn toegestaan, variërend van zeven tot 15 items. In de tabel wordt alleen het volledige instrument genoemd. Voor de volledige SBG set en een beschrijving van de instrumenten daarin wordt verwezen naar het addendum bij de minimale dataset (SBG, 2012).

gedurende een behandeling. Dit probleem bleek niet opgelost te kunnen worden met behulp van statistische methoden. Geconcludeerd werd dat het verschil tussen de vragenlijsten in responsiviteit vergelijken van uitkomsten tussen instellingen in de weg staat. De onderzoekers bevelen aan dat SBG een beperktere set van instrumenten moet gaan voorschrijven om valide benchmarks te kunnen uitvoeren.

Een andere belangrijke kanttekening is dat SBG nog geen antwoord heeft op de vraag welke variabelen noodzakelijk zijn om mee te nemen in casemixcorrecties. GGZ-instellingen worden door SBG wel verplicht om – naast het leveren van ROM-gegevens aan het begin en eind van een afgesloten DBC-traject – achtergrondinformatie te leveren. Het gaat hierbij om onder meer cliëntkenmerken (geboortejaar, geslacht, postcodegebied, leefsituatie, opleidingsniveau) en diagnostische informatie (hoofddiagnose, nevendiagnose). Het is de bedoeling dat deze informatie in de toekomst gebruikt gaat worden om casemixcorrecties toe te passen.[27] Daarvoor lijkt het echter wel noodzakelijk om eerst vast te stellen wat de voorspellende waarden van deze variabelen zijn wat betreft behandelingsuitkomst. Daarnaast blijft de vraag bestaan welke andere variabelen benodigd zijn voor casemixcorrectie.

Koppeling met Kernset prestatie-indicatoren 2012

Het is relevant om op te merken dat in de meest recente versie van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ – genaamd Kernset prestatie-indicatoren 2012 – wat betreft de uitkomstindicatoren aansluiting is gezocht bij de door SBG vastgestelde zorgdomeinen, meetdomeinen en selectie van meetinstrumenten.[28] Zoals in hoofdstuk 1 uitgebreid beschreven is, zijn instellingen verplicht indicatorgegevens aan te leveren als onderdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Instellingen worden dus via twee wegen verplicht gesteld om ROM-gegevens over 2012 aan te leveren: via SBG en via de aanlevering van de prestatie-indicatoren. De mate van aanlevering van ROM-gegevens over 2012 zal bepalend zijn voor de mate waarin gegevens beschikbaar komen voor de uitkomstindicatoren binnen de set prestatie-indicatoren GGZ/VZ. Het blijkt dat de aanlevering van ROM-gegevens in 2011 nog moeizaam verliep.

Gegevensaanlevering verliep in 2011 moeizamer dan beoogd

In het bestuurlijk akkoord is ook afgesproken dat SBG de aanlevering van ROM-gegevens door instellingen monitort en evalueert. Daartoe publiceert SBG periodiek brancherapporten. In het brancherapport over 2011 meldt SBG dat er met 204 instellingen een gebruikerovereenkomst is afgesloten (SBG, 2012). Van deze instellingen zijn er 60 lid van GGZ Nederland, 20 betreffen PAAZ-en of PUK-en, 43 zijn instellingen voor dyslexie en 81 vormen een restgroep van overige instellingen. Het brancherapport laat verder zien dat lidinstellingen van GGZ Nederland in 2011 naar schatting van bijna 8% van het totaal aantal gerealiseerde DBC-trajecten gegevens aanleverden aan SBG. Slechts 13% van deze aangeleverde DBC-trajecten was volgens SBG bruikbaar voor

27 SBG Nieuwsbrief 15, 20 juli 2012
28 Het betreft hier nog een eerdere versie van de MDS.

benchmarking, oftewel 1% van het totaal aantal gerealiseerde DBC trajecten. Door PAAZ-en of PUK-en werden in 2011 bijna 200 afgesloten DBC-trajecten aangeleverd die bruikbaar waren voor benchmarking, wat naar schatting neerkomt op minder dan 1% van het totaal aantal gerealiseerde DBC trajecten. Voor nieuwe instellingen lag het 'aanleverpercentage' wat hoger: ruim 2%. Opgemerkt dient te worden dat deze percentages een onderschatting kunnen zijn, omdat ten tijde van het opstellen van het rapport nog niet alle aangeleverde gegevens in het SBG-databestand beschikbaar waren om meegenomen te worden in de berekeningen (SBG, 2012). Desondanks kan geconcludeerd worden dat veel instellingen het in het bestuurlijk akkoord afgesproken aanleverpercentage voor 2011 – van 20% van alle cliënten diende een begin- en eindmeting aangeleverd te worden aan SBG – niet hebben gehaald. Dit wordt bevestigd door ZN die in een nieuwsbericht van eind juli 2012 aangeeft dat lidinstellingen van GGZ Nederland in 2011 een aanleveringpercentage van 1,5% gerealiseerd zouden hebben.[29] Als reactie op de minder voorspoedige gegevensaanlevering zijn zorgverzekeraars druk gaan uitoefenen op GGZ-instellingen om ROM-gegevens tijdig aan te leveren aan de SBG. Sommige zorgverzekeraars gaan daarbij zo ver dat er gedreigd wordt met korting op het instellingsbudget.[30]

Het is waarschijnlijk dat de lage aanleverpercentages van instellingen veroorzaakt worden door een samenspel van factoren. Allereerst is – zoals in paragraaf 2.3.3 al aangestipt – de implementatie van ROM binnen een zorgorganisatie een verre van eenvoudig proces. Ervaringen met voorlopers op het gebied van ROM leren dat vooral het verkrijgen van vervolg- en eindmetingen lastig is (De Beurs e.a., 2011). Dit blijkt ook enigszins uit het brancherapport van SBG. Als gekeken wordt naar de aangeleverde DBC-trajecten met een beginmeting in plaats van naar de aangeleverde DBC-trajecten met zowel een begin- als een eindmeting, dan stijgt het aanleverpercentage van lidinstellingen van GGZ Nederland van 1% naar bijna 3% (SBG, 2012). Daarnaast is volgens GGZ Nederland de oorzaak van de lage aanleverpercentages vooral technisch van aard. Zo zou het voor instellingen een lastige opgave zijn om de aansluiting met de landelijke database van SBG te realiseren.[31] Ook werd pas in een laat stadium duidelijk welke meetinstrumenten gebruikt zouden moeten worden, waardoor het fysiek niet mogelijk was om in 2011 bij iedere cliënt zowel een begin- als een eindmeting uit te voeren. [31]Een laatste factor die de gegevensaanlevering aan SBG waarschijnlijk ook belemmerd heeft, is dat er onder professionals weerstand ontstaan is tegen de benchmark-activiteiten van SBG. De door zorgverzekeraars uitgeoefende druk om te voldoen aan de afgesproken afleverpercentages zal deze weerstand niet verkleind hebben.

---

29 https://www.zn.nl/nieuws/
30 http://www.skipr.nl/actueel/id11723-verzekeraars-korten-intransparante-ggz-aanbieders.html
31 http://www.ggznederland.nl/actueel/nieuws.html

2.6 Recente ontwikkelingen

Samenvatting

Recentelijk is er vanuit wetenschappelijke en professionele hoek kritiek geuit op de benchmark-activiteiten van SBG. Om verschillende redenen wordt met name sterk betwijfeld of er op basis van ROM-gegevens wel valide benchmarks uitgevoerd kunnen worden. De kritiek heeft ertoe geleid dat verscheidene partijen, waaronder SBG, ZN en de NVvP, de intentie hebben uitgesproken om met elkaar in gesprek te blijven en/of samen te werken rondom het gebruik van ROM-gegevens ten behoeve van benchmarking.

Intentie tot samenwerking rond ROM komt ook tot uitdrukking in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 dat medio 2012 gesloten werd door het Ministerie van VWS, vertegenwoordigers van instellingen en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, cliënten- en familieorganisaties. Alle partijen erkennen in het akkoord dat ROM primair dient ter ondersteuning van de behandeling en begeleiding van individuele cliënt. Verder is afgesproken dat instellingen ROM-gegevens aan SBG leveren, maar wel onder de voorwaarde dat privacyregels, dataprotocol en methodologische aspecten in acht worden genomen. Tevens zal in 2015 geëvalueerd gaan worden of ROM de verwachtingen van verbetering van de cliëntenzorg, transparantie en vergelijking daadwerkelijk waarmaakt.

Sinds begin 2012 werkt GGZ Nederland aan een vervolg op het eind 2011 afgesloten project ROM GGZ. Beoogd wordt om een efficiënte infrastructuur op te zetten voor de doorontwikkeling van ROM, waarbij alle relevante partijen betrokken zijn. Op het moment van dit schrijven zijn de activiteiten rond het vervolgtraject ROM voorlopig 'on hold' gezet. Er wordt onder andere gewacht op de verdere uitwerking van de gemaakte afspraken rond ROM in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.

2.6.1 Kritiek op SBG en reacties

Kritiek

Elf vooraanstaande hoogleraren en hoofddocenten hebben in het maartnummer van 2012 van het Tijdschrift voor Psychiatrie stevige kritiek geuit op de activiteiten van SBG (Van Os e.a., 2012). De critici trekken met name de wetenschappelijke validiteit van benchmarking op basis van ROM-gegevens in twijfel. Zij wijzen daarbij op twee eerder besproken aandachtspunten bij het vergelijken van uitkomsten tussen instellingen waarvoor nog geen oplossingen zijn: de verstorende effecten van verschillen in casemix en de verstorende effecten van het gebruik van verschillende meetinstrumenten.

Daarnaast brengt volgens de critici het gebruik van ROM-gegevens voor verantwoording/benchmarking een onaanvaardbaar groot risico op vertekening (bias) met zich mee: de zorgverleners die de gegevens verzamelen, zijn ook degenen die de negatieve financiële gevolgen zullen ondervinden als de resultaten achterblijven bij het

landelijke gemiddelde. Zorgverleners zullen hierdoor geneigd zijn om de uitkomsten gunstig te beïnvloeden; een vorm van vertekening die ook wel aangeduid wordt met de term 'gaming' (Mulder, 2011). De critici hebben ook kritiek op de door SBG vastgestelde set van verplichte meetdomeinen (zie tabel 2.3). Ze vragen zich af waarom huns inziens belangrijke uitkomsten niet gemeten hoeven te worden. Als voorbeelden worden onder andere genoemd: het niet meten van uitkomsten op het lichamelijke vlak (terwijl psychische behandeluitkomsten vrijwel altijd samenhangen met aanwezige lichamelijke aandoeningen en de behandeling daarvan); het niet meten van symptoomacceptatie (terwijl het hier in de behandelpraktijk vaker om gaat dan om symptoomreductie); en het ontbreken van een valide maat voor herstel (terwijl dit een uitkomst is die door cliënten als de meest valide wordt beschouwd). Naast deze wetenschappelijke argumenten wijzen de critici tot slot ook op het feit dat op verschillende van de door SBG geadviseerde meetinstrumenten voor ROM copyright rust en ze dus niet gratis beschikbaar zijn. Gegeven hun felle kritiek is het niet verbazingwekkend dat Van Os en collega's oproepen tot verzet tegen de verplichte aanlevering van ROM-data aan de SBG, om zo de ruimte te creëren om een benchmarkingsysteem voor de GGZ te ontwikkelen dat wel wetenschappelijk valide is (Van Os e.a., 2012).

De kritiek van de wetenschappers heeft navolging gekregen vanuit de hulpverlenershoek. Via een e-mailactie hebben meer dan 1000 professionals ZN opgeroepen om de bezwaren die de critici naar voren hebben gebracht serieus te nemen, en de dialoog met hen en andere critici van de benchmarkoperatie aan te gaan.[32]

Reacties op kritiek: intentie tot samenwerking

De kritiek op de benchmark-activiteiten van SBG heeft bij verschillende partijen, waaronder het bestuur van SBG, ZN en de NVvP, reacties opgeroepen.

In een reactie op het artikel van de critici in hetzelfde maartnummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* erkent het bestuur van SBG dat de gemaakte afspraken over de minimale aanlevering van ROM-gegevens door GGZ-instellingen – in 2014 dient voor de helft van alle cliënten minstens een begin- en eindmeting aangeleverd te worden – druk leggen op de implementatie van ROM in de GGZ (Bruinsma e.a., 2012). Hierdoor ontstaat het gevaar dat ROM enkel en alleen geïmplementeerd wordt om tegemoet te komen aan de eisen van zorgverzekeraars, en niet voor het ondersteunen van de behandelaar in het behandelen en begeleiden van cliënten – het voornaamste doel van ROM. Om een succesvolle implementatie te bewerkstelligen, pleit het SBG-bestuur daarom voor het volop inzetten op scholing van behandelaars in de interpretatie van meetresultaten en het optimaal gebruiken van uitkomsten bij de behandeling (Bruinsma e.a., 2012).

Het SBG-bestuur wijst evenals de critici op het bestaan van het risico dat er kortzichtig omgegaan gaat worden met de uitkomsten van ROM, met onjuiste en voorbarige conclusies tot gevolg (Bruinsma e.a., 2012). Het bestuur benadrukt dat behandeluitkomsten voor verschillende cliëntengroepen niet met elkaar vergeleken kunnen worden, en zij

32 http://www.deggzlaatzichhoren.nl/mei2012oproep.php

erkent dat rekening gehouden dient te worden met de grote verschillen tussen GGZ-instellingen wat betreft hun cliëntenpopulaties. Het bestuur wijst erop dat zij door de Wetenschappelijke Raad (zie paragraaf 2.5.2) van SBG bindend geadviseerd wordt over de gebruikte technieken en methodologie van de benchmark. De Wetenschappelijke Raad bereidt ook een reactie voor op de wetenschappelijke bezwaren die Van Os en collega's (2012) naar voren hebben gebracht.

In haar reactie spreekt het SBG-bestuur tot slot de hoop uit dat betrouwbare, valide en bruikbare gegevens over uitkomsten in de GGZ een bijdrage leveren aan de dialoog 'tussen aanbieders, cliënten en verzekeraars over de kwaliteit en het volume van de te leveren zorg'. Zij roept de wetenschap en het veld op om gezamenlijk met de SBG een valide benchmark-methodiek te ontwikkelen (Bruinsma e.a., 2012).

Zorgverzekeraars lieten in een eerste reactie op de bezwaren van de critici weten[33] dat zij de kritiek dat zij de instellingen onder druk zetten om gegevens aan te leveren aan SBG, onterecht vinden. Gesteld werd dat instellingen slechts aan de gemaakte afspraken gehouden worden. Daarnaast zijn de zorgverzekeraars van mening dat de benchmark zeer zorgvuldig wordt aangepakt, onder andere door de aanwezigheid van de Wetenschappelijke Raad bij SBG.

In een reactie op de oproep per e-mail van de hulpverleners tot een constructieve dialoog over ROM wees ZN[34] erop dat zorgverzekeraars bij de ontwikkeling van de benchmark op basis van ROM-gegevens vanaf het begin overlegd hebben met het veld en dat ze dat willen blijven doen. ZN gaf verder aan dat de Wetenschappelijke Raad van de SBG in gesprek zal gaan met de critici, waarna ZN vervolgens de beroepsverenigingen in de GGZ zal uitnodigen voor een bijeenkomst waarin verduidelijkt wordt hoe het benchmarkinitiatief tot stand is gekomen en hoe de zorgverzekeraars ermee verder gaan.

In een uitgebreide e-mail aan haar leden heeft het bestuur van de NVvP aangegeven de zorgen van de critici omtrent benchmarking op basis van ROM-gegevens te delen.[35] Na overleg zijn het bestuur en de critici gezamenlijk tot de conclusie gekomen dat ROM een zinvolle bijdrage levert aan de behandeling van individuele cliënten, en dat de beroepsgroep zelf het initiatief moet nemen bij het ontwikkelen van een methodologisch meer verantwoorde methode van benchmarking. In de e-mail roept het bestuur haar leden dan ook op om ROM-vragenlijsten te blijven of te gaan gebruiken. Verder wordt aangekondigd dat de NVvP als eerste stap naar een meer valide benchmark-methodiek een invitational conference zal organiseren, waar alle betrokken partijen (cliënten, overheid, zorgverzekeraars en instellingen) voor worden uitgenodigd.

Vastgesteld kan worden dat elk van de bovengenoemde partijen naar aanleiding van de kritiek reacties of vervolgacties hebben geformuleerd waaruit in ieder geval de intentie spreekt om met elkaar in gesprek te blijven en/of samen te werken rondom het gebruik van ROM-gegevens ten behoeve van benchmarking.

33 Psy nieuwsbrief 11 april 2012
34 http://www.deggzlaatzichhoren.nl/archief/mail/mail20120615_reactie_zn.pdf
35 http://www.deggzlaatzichhoren.nl/archief/mail/mail20120615_reactie_nvvp.pdf

2.6.2 Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014: prominente plek voor ROM met expliciet opgenomen kanttekeningen

Deze intentie tot samenwerking rond ROM komt ook tot uitdrukking in het medio 2012 gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (Bestuurlijk Akkoord, 2012).

De betrokken partijen (Ministerie van VWS, vertegenwoordigers van instellingen en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, cliënten- en familieorganisaties) benadrukken in het Bestuurlijk Akkoord het belang van transparantie van de geleverde zorg. ROM wordt hierbij een belangrijke rol toegedicht. De letterlijke tekst is als volgt: *'Zorgaanbieders verplichten zich voor alle echelons (met uitzondering van de huisartsfunctie en ondersteuningsfunctie GGZ) om zicht te geven op de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de patiëntervaring van de geleverde zorg. Bij elke patiënt waar dat zinvol is en waar instrumenten voor zijn vastgesteld, worden gedurende de behandeling ROM-vragenlijsten afgenomen. Dit heeft primair tot doel de behandeling te ondersteunen en verbeteren en de patiënt aanknopingspunten voor zelfmanagement te bieden.'* Alle partijen – dus ook verzekeraars – erkennen hiermee dus dat ROM primair tot doel heeft de behandeling en begeleiding van individuele cliënten te ondersteunen.

Met betrekking tot ROM zijn verschillende specifieke afspraken geformuleerd in het Bestuurlijk Akkoord. Zo is afgesproken dat cliëntwaardering en -ervaring structureel onderdeel moeten vormen van ROM-metingen. Tevens is afgesproken dat de begin- en eindmetingen van ROM-vragenlijsten door instellingen aangeleverd worden aan SBG voor het maken van vergelijkingsinformatie voor zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties en instellingen.[36] Wel wordt hierbij een voorwaarde geformuleerd: het ter beschikking stellen van ROM-gegevens aan SBG dient te gebeuren *'met in achtneming van privacyregels, dataprotocol en methodologische aspecten'*. Deze passage lijkt erop te wijzen dat instellingen en beroepsverenigingen er niet gerust op zijn dat SBG een methodologisch verantwoorde methode van benchmarking zal gaan toepassen. Om de kwaliteit van de benchmarks van SBG zo veel mogelijk te waarborgen spreken de partijen in het Bestuurlijk Akkoord ook de voorkeur uit voor een representatieve afvaardiging van alle bij het Bestuurlijk Akkoord betrokken partijen in het bestuur en de Wetenschappelijke Raad van SBG. Tot slot is afgesproken dat de partijen in 2015 zullen evalueren of het gebruik van ROM daadwerkelijk gepaard gaat met verbeteringen van de cliëntenzorg, transparantie en vergelijking.

2.6.3 Vervolgtraject project ROM GGZ

Zoals beschreven in paragraaf 2.4.2 is het project ROM GGZ eind 2011 afgesloten. Destijds heeft de Stuurgroep ROM GGZ de besturen van NVvP, NIP, LPGGZ en GGZ Nederland geadviseerd om gezamenlijk sturing te blijven geven aan de inhoudelijke doorontwikkeling van ROM en om de ontwikkelingen rond de benchmark-activiteiten van SBG te blijven volgen.

Om dit advies te concretiseren is GGZ Nederland begin 2012 gestart met het 'Vervolgtraject ROM'. De doelstelling van het vervolgtraject is tweeledig: 1) de inhoudelijke

36 Instellingen in de zogenoemde generalistische Basis GGZ, waarmee nog geen afspraken zijn gemaakt tot gegevensaanlevering aan SBG krijgen respijt tot 2014. Voor de academische- en ziekenhuispsychiatrie wordt een apart ROM traject in gang gezet. De universitair medische centra gaan vanaf 1 januari 2014 ROM-gegevens aanleveren aan SBG.

doorontwikkeling van ROM(-instrumentarium); en 2) het bevorderen van de implementatie van ROM in de GGZ-praktijk.[37] Vertegenwoordigers van beroepsgroepen, cliëntenorganisaties en GGZ Nederland zouden gezamenlijk de opvolger van de Stuurgroep ROM GGZ moeten gaan vormen, de zogeheten Implementatieraad ROM. De inhoudelijke doorontwikkeling van het ROM-instrumentarium zou moeten gebeuren door expertraden die bij voorkeur bij elkaar komen onder de hoede van de bestaande kenniscentra in de GGZ. De expertraden zouden een continuering moeten zijn van de expertgroepen die in het kader van het project ROM GGZ werden samengesteld. Het is de bedoeling dat de expertraden zowel advies geven aan de Implementatieraad ROM over de inhoudelijke doorontwikkeling van ROM ten behoeve van de doeleinden behandelen en begeleiden, leren en onderzoeken, als aan de Wetenschappelijke Raad van SBG over het gebruik van ROM-gegevens voor het doeleinde verantwoorden/benchmarken. Op deze manier zou een efficiënte infrastructuur ontstaan waarbij alle relevante partijen betrokken zijn, en waarmee vermeden kan worden dat zorgverleners en instellingen geconfronteerd worden met tegenstrijdige aanbevelingen.

Ten tijde van het schrijven van dit hoofdstuk heeft GGZ Nederland diverse gesprekken gevoerd met alle betrokkenen en is de stand van zaken dat:

- er nog geen duidelijkheid is over een gezamenlijke Implementatieraad ROM;
- de expertgroepen nog niet gecontinueerd zijn in de vorm van expertraden;
- verscheidene kenniscentra wel bereid zijn gevonden om een coördinerende en organiserende rol bij de expertraden te gaan vervullen.

Op het moment van dit schrijven staat het vervolgtraject ROM voorlopig ‘on hold’. Voor verdere vervolgstappen dient er eerst meer duidelijkheid te komen over hoe het vervolgtraject zich verhoudt tot de uitwerking van de gemaakte afspraken rond ROM in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.

2.7 Beschouwing en conclusie

Het in dit hoofdstuk geboden overzicht wijst erop dat ROM in de GGZ nog volop in ontwikkeling is. Goede samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen vanuit een gemeenschappelijk belang is een essentiële voorwaarde voor het doen slagen van ROM. Tevens dient de tijd genomen te worden om goed te onderzoeken of met een branchebrede implementatie van ROM daadwerkelijk de vier beoogde doelen (ondersteunen van behandeling en begeleiding, leren, verantwoorden en onderzoeken) behaald kunnen worden, en zo ja, of dit op een doelmatige manier gebeurt.

2.7.1 Goede samenwerking vanuit gemeenschappelijk belang is een vereiste voor het slagen van ROM

De verschillende partijen in de GGZ – cliënten, instellingen, zorgverzekeraars en overheid – hebben verschillende prioriteiten ten aanzien van het gebruik van ROM. Voor zorgverleners bijvoorbeeld is ROM vooral een hulpmiddel om de behandeling en begeleiding van

37 http://www.ggznederland.nl/index.php?p=933921

individuele cliënten te verbeteren, terwijl de prioriteit voor zorgverzekeraars ligt bij het gebruik van ROM om zicht te krijgen op de uitkomsten van de geleverde zorg – 'de prestaties' – van instellingen. Het gevaar bestaat dat de verschillende belangen elkaar in de weg zitten, wat belemmerend zal werken voor het succesvol realiseren van de vier beoogde doelstellingen rond ROM (Van Hees & Nas, 2011). Een goed voorbeeld is de druk die GGZ-instellingen vanuit zorgverzekeraars ervaren om ROM-gegevens tijdig aan te leveren aan SBG. Zorgverleners en instellingen kunnen dit beschouwen als het toekennen van een onevenredig groot belang aan de ROM-doelstelling verantwoorden/benchmarken, wat een succesvolle implementatie van ROM in de weg zal staan. Ook bestaat het risico dat als ROM vooral voor benchmark-doeleinden gebruikt wordt, zorgverleners geneigd zullen zijn de uitkomsten gunstig te beïnvloeden (Van Os e.a., 2012; Mulder, 2011). Vertekende ROM-gegevens zullen niet alleen onbruikbaar zijn voor benchmarking, maar ook voor het ondersteunen van de behandeling en begeleiding van individuele cliënten, het primaire doel van ROM.

Wil ROM kans van slagen hebben, dan zal het evenwicht tussen de vier doelen van ROM goed bewaakt moeten worden. Een voorwaarde hiervoor is dat de partijen goed met elkaar blijven samenwerken, en hun individuele belang ondergeschikt maken aan het gemeenschappelijke belang (Van Hees & Nas, 2011). Zoals in dit hoofdstuk is beschreven is er reeds een aantal initiatieven ondernomen of gaande om te voorkomen dat de balans doorslaat naar de ROM-doelstellling verantwoorden/benchmarking en die de samenwerking en dialoog tussen betrokken partijen rond ROM pogen te stimuleren. Zo onderkennen in het halverwege 2012 gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 alle partijen, dus ook zorgverzekeraars, dat ROM primair tot doel heeft de kwaliteit van behandeling en begeleiding van de cliënt te verbeteren. Dit standpunt werd in maart 2012 ook al door SBG ingenomen (Bruinsma e.a., 2012). Daarnaast probeert GGZ Nederland een vervolg te geven aan het project ROM GGZ. Dit vervolgtraject biedt de brancheorganisatie, LPGGz, beroepsverenigingen, experts en kenniscentra de mogelijkheid om gezamenlijk het initiatief te nemen bij de inhoudelijke doorontwikkeling van ROM en gezamenlijk tegenwicht te bieden aan het leggen van een te grote nadruk op de ROM-doelstelling verantwoorden/benchmarken.

2.7.2 Is ROM een effectieve en doelmatige methode om de kwaliteit van zorg te verbeteren? Neem de tijd voor onderzoek en inhoudelijke doorontwikkeling

Ook als alle partijen goed met elkaar zullen samenwerken vanuit een gezamenlijke visie en als de implementatie van ROM in de GGZ optimaal verloopt, dan is het nog onduidelijk of de vier doelstellingen rond ROM daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden.

Is ROM effectief?

Vooralsnog is er bijvoorbeeld onvoldoende wetenschappelijke evidentie om te kunnen concluderen dat het terugkoppelen van ROM-gegevens aan de behandelaar en de cliënt het behandelresultaat gunstig beïnvloedt (Vergouwen, 2011). Er is behoefte aan grootschalige Nederlandse studies om te bepalen of en hoe de primaire doelstelling

van ROM bereikt kan worden bij verschillende cliëntengroepen (Vergouwen, 2011). Een interessante onderzoekslijn in dit kader is om na te gaan of de effectiviteit van feedback vergroot kan worden door ROM-gegevens uit te breiden met *clinical support tools* die informatie geven over het behandel*proces*, zoals de motivatie van de cliënt en de ervaren werkrelatie met de behandelaar (De Jong, 2012a). Een tweede voorbeeld is dat het op dit moment onduidelijk is of ROM-gegevens op geaggregeerd niveau wel bruikbaar zijn voor benchmarking tussen GGZ-instellingen. Los van de uitdaging om ROM branchebreed te implementeren en te komen tot de aanlevering van complete en niet-vertekende ROM-gegevens aan SBG, bestaan er verschillende methodologische problemen waarvoor vooralsnog geen oplossingen gevonden zijn. Zo is het noodzakelijk om meer kennis te krijgen over welke variabelen voorspellend zijn voor het behandelresultaat, om zodoende goede casemixcorrecties uit te kunnen voeren. Ook is meer onderzoek nodig naar de bruikbaarheid van methoden om uitkomstgegevens van verschillende instrumenten onderling vergelijkbaar te maken (zie bv. De Beurs e.a., 2012).

Koppeling met structuur- en procesmetingen is noodzakelijk

In het kader van de vraag of ROM een effectieve methode voor kwaliteitsverbetering is moet benadrukt worden dat enkel en alleen op basis van uitkomstmetingen geen goede uitspraak gedaan kan worden over de kwaliteit van geleverde zorg. Om dat te kunnen doen, dienen er ook gegevens te zijn over structuuraspecten (de aanwezige middelen om goede zorg te verlenen) en procesaspecten (het daadwerkelijke handelen van hulpverleners) (Havenaar e.a., 2011). ROM-uitkomstmetingen dienen dan ook in samenhang met structuur- en procesmetingen beoordeeld te worden. De structuur- en procesindicatoren die deel uitmaken van de Kernset prestatie-indicatoren 2012 GGZ en verslavingszorg (zie hoofdstuk 1) lijken interessant om te combineren met ROM-gegevens. Ook DBC (diagnose behandeling combinatie)-gegevens zijn in dit kader mogelijk bruikbaar, omdat DBC's informatie bieden over procesaspecten van zorg, althans voor het curatieve deel van de GGZ.

Is ROM doelmatig?

Los van de vraag of ROM daadwerkelijk effectief zal bijdragen aan verbeteringen in de kwaliteit van de verleende zorg, is de vraag gerechtvaardigd of het een doelmatige methode is. Op dit moment wordt ROM branchebreed geïmplementeerd. Dit vergt een aanzienlijke investering in tijd en geld. Het herhaaldelijk invullen of afnemen van vragenlijsten vereist ook tijd en inspanning van cliënten en behandelaars. Het is van belang om na te gaan of de (eventuele) gunstige effecten van ROM op de kwaliteit van de verleende zorg in verhouding staan tot de benodigde investeringen in geld, middelen en tijd (Havenaar e.a., 2011).

Kortom, er zijn nog veel vragen te beantwoorden. Verschillende experts wijzen in dit kader op de noodzaak van het inbouwen van een 'experimentele periode', waarin de tijd genomen wordt voor een gedegen inhoudelijke doorontwikkeling van ROM (Noom e.a., 2012; Van Hees & Nas, 2011).

2.7.3 Conclusie

Op dit moment is het nog te vroeg om te kunnen concluderen dat ROM een bijdrage levert aan het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg in de GGZ. Er zijn belangrijke eerste stappen gezet, zoals het stimuleren van een branchebrede implementatie van ROM en het toewerken naar branchebrede standaard voor ROM. De verschillende partijen met verschillende belangen ten aanzien van ROM hebben recentelijk erkend dat ROM primair dient ter verbetering van de behandeling en begeleiding van cliënten, en hebben de intentie uitgesproken om met elkaar samen te werken bij de verdere doorontwikkeling van ROM. De toekomst zal moeten uitwijzen of een vruchtbare samenwerking tot stand komt en of het fragiele evenwicht tussen de vier doelstellingen rond ROM goed bewaakt wordt. Alleen dan kan op termijn een uitspraak gedaan worden of ROM – gecombineerd met structuur- en procesmetingen – de belofte van het verbeteren van de kwaliteit van de verleende zorg in de GGZ kan waarmaken.

Tot slot

Het belang van transparante informatie over de kwaliteit van geleverde zorg is onlangs weer benadrukt in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. Vertegenwoordigers van zorgaanbieders, beroepsverenigingen, verzekeraars, cliënt- en familieorganisaties en de overheid hebben afgesproken er voor zorg te dragen 'dat er één taal is voor kwaliteit en dat de uitkomsten (van geleverde zorg) onderling vergelijkbaar zijn'. Zorgaanbieders hebben zich gecommitteerd aan het leveren van informatie over 'de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de cliëntervaring van de geleverde zorg'.

Zoals duidelijk geworden is in de voorgaande hoofdstukken is het de vraag of deze ambitie op korte termijn gerealiseerd kan worden. Positief is dat steeds meer zorgaanbieders indicatorgegevens aanleveren over effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. Het is op dit moment echter onduidelijk hoe volledig, valide en betrouwbaar de aangeleverde indicatorgegevens zijn, en hoe zorgaanbieders op basis van deze gegevens op een valide manier met elkaar vergeleken kunnen worden. Wat betreft cliëntveiligheid kan men zich verder afvragen of dit thema wel voldoende gedekt wordt door de prestatie-indicatoren. Dit geldt wel voor cliëntgerichtheid met het gebruik van de CQ Index vragenlijsten.

Inmiddels is er – zoals beschreven in beide hoofdstukken – een koppeling gemaakt tussen de prestatie-indicatoren en Routine Outcome Monitoring (ROM). Dit is een gunstige ontwikkeling omdat er hierdoor voor het verkrijgen van informatie over de effectiviteit van geleverde zorg niet langer sprake is van twee 'methoden', maar van één. Echter, onder professionals bestaat weerstand tegen het gebruik van ROM-gegevens als verantwoordingsinformatie en de aanlevering van ROM-gegevens verloopt vooralsnog moeizaam. Net als bij de indicatorgegevens spelen ook bij de ROM-gegevens de problemen rond volledigheid, betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid.

Kortom, hoewel er verscheidene positieve stappen zijn gezet, is er nog een weg te gaan om de ambitie van transparante kwaliteitsinformatie daadwerkelijk te verwezenlijken. Dit zou een schone taak kunnen zijn voor het nieuwe Kwaliteitsinstituut.

Referenties hoofdstuk 1

Berg, M. & Groenewoud, S. (2010). *Koersnotitie prestatie-indicatoren GGZ*. Breukelen: Plexus.

Beurs, E. de, Barendregt, M., Flens, G., e.a. (2012). Vooruitgang in de behandeling meten – Een vergelijking van vragenlijsten voor zelfrapportage. *MGv*, 67, 259-265.

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (2012). http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html

Boonen, L., Appelman, M., Koolman, X. & Otter, B.-J. (2012a). *Pilot GGZ 2011. Online afnemen van cliëntervaringen binnen de ROM cyclus.* Rotterdam: SiRM.

Boonen, L., Appelman, M., Koolman, X., e.a. (2012b). *Pilot GGZ 2011-2012. Online afnemen van cliëntervaringen binnen de ROM cyclus.* Rotterdam: SiRM.

Dieten, S. van (2011). *CQI GGZ 2010-2011. Managementsamenvatting*. Barneveld: Significant.

Fabbricotti, I.N., Oud, M., Redekop, W.K. & Huijsman, R. (2011). *De meerwaarde van HKZ-certificering voor GGZ-instellingen.* Rotterdam/Utrecht/Den Haag: Erasmus Universiteit, Trimbos-instituut/ZonMw.

Groenewoud, S., Avoort, C. van der & Francati, V. (2009). *Eindrapportage: Vergroten vergelijkbaarheid data prestatie-indicatoren GGZ*. Breukelen/Den Haag: Plexus/ Zichtbare Zorg.

Ham, M. van, Luijsterburg, J. & Brouwers, E. (2007). *Evaluatiestudie Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Tilburg: Tranzo.

Ministerie van VWS (2007). *Koers op Kwaliteit*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van VWS (2010). *Oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut*. Brief van de minister van VWS aan de Tweede kamer, 28 mei 2010. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van VWS (2011a). *Totstandkoming nationaal Kwaliteitsinstituut voor de zorg*. Brief van de minister en de staatssecretaris van VWS aan de Tweede kamer, 14 juni 2011. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van VWS (2011b). *Beleidsagenda 2012*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

PricewaterhouseCoopers, TNO Management Consultants (2008). *Voorkomen is beter dan genezen. Betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie in de zorg: achtergrond-studie naar risico's en oplossingsrichtingen*. Den Haag: Zichtbare Zorg.

Roggeveen, L., Keulen, R. & Vissers, A. (2008a). *Evaluatiestudie Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Eindrapportage deel 1: Validiteit*. Hilversum: MediQuest.

Roggeveen, L., Keulen, R. & Vissers, A. (2008b). *Evaluatiestudie Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Eindrapportage deel 2: Volledigheid, betrouwbaarheid en bruikbaarheid*. Hilversum: MediQuest.

Stichting Benchmark GGZ (2012). *Branchrapportage 2011 t/m Q4*. Bilthoven: SBG.

Stichting Miletus (2011). *Pilot GGZ 2012. Online afnemen van cliëntervaringen in de ROM cyclus. Projectbeschrijving*. Zeist: Stichting Miletus.

Stuurgroep ROM GGZ (2011). *Herziene aanbeveling Stuurgroep ROM GGZ*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ (2006). *Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Den Haag: Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ.

Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ (2007). *Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2007-2008*. Den Haag: Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ.

Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (2009). *Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2009-2010*. Den Haag: Stuurgroep Zichtbare Zorg.

Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (2010). *Kernset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2011*. Den Haag: Stuurgroep Zichtbare Zorg.

Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (2011). *Kernset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2012*. Den Haag: Stuurgroep Zichtbare Zorg.

Vektis (2012). *Zorgthermometer: GGZ in beeld*. Zeist: Vektis.

Wennink, H.J. & Wijngaarden, B. van (red.) (2006). *Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wijngaarden, B. van, Nuijen, J. & Kok, I. (2010). *Een transparante GGZ: de ontwikkeling en huidige stand van zaken rond de Basisset prestatie-indicatoren*. In: Nuijen, J. (red). Trendrapportage GGZ 2010. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit. Utrecht: Trimbos-instituut.

Zichtbare Zorg (2012). *Naar transparante zorgkwaliteit: Kennisoverdracht voor de ontwikkeling van betrouwbare kwaliteitsindicatoren in de zorg*. Den Haag: Zichtbare Zorg.

Zorgverzekeraars Nederland (2009). *Visualisering prestatie indicatoren GGZ en VZ 2008*. Zeist: ZN.

Zorgverzekeraars Nederland (2012). *Aanlevering behandelresultaat GGZ blijft achter*. Nieuwsbrief, 23 juli 2012. Zeist: ZN.

Zorgverzekeraars Nederland/GGZ Nederland (2010). *Bestuurlijk akkoord.* http://www.onvz.nl/onvz/documenten/2011/bestuurlijk-akkoord-ggz-n-en-zn.pdf (geraadpleegd november 2012).

Referenties hoofdstuk 2

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (2012). http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html

Beurs, E. de & Zitman, F. (2007). Routine Outcome Monitoring. Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 62(1)*, 13-28.

Beurs, E. de (2010). De genormaliseerde T-score. Een 'euro' voor testuitslagen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 65(9),* 684-695.

Beurs, E. de (2011). Benchmarken - kansen en valkuilen. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 227-240)*.* Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Beurs, E. de, Hollander-Gijsman, M.E. den, Rood, Y.R. van, Wee, N.J.A. van der, e.a. (2011). Routine Outcome Monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18,* 1-12.

Beurs, E. de, Barendregt, M., Flens, G., e.a. (2012). Vooruitgang in de behandeling meten – Een vergelijking van vragenlijsten voor zelfrapportage. *MGv*, 67, 259-265.

Boer, F., Markus, M. & Vermeiren, R. (2012). Zeg niet: 'Sta stil, anders kan ik je niet meten!'. ROM in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(2),* 167-171.

Bruinsma, C.L., Verbraak, M.J.P.M. & Verbraak P. (2012). Transparantie in ggz gebaat bij ROM en benchmarking. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(3),* 254-256.

Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A. & Mulder, C.L. (2011). Gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk. In: Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A. & Mulder, C.L. (red.), *Praktijkboek ROM in de ggz; een leidraad voor gebruiken implementatie van meetinstrumenten* (pp. 13-32). Utrecht: De Tijdstroom.

Carlier, I.V.E., Meuldijk, D., van Vliet, I.M., e.a. (2012). Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek*. Tijdschrift voor Psychiatrie 54(2)*, 121-128.

Delespaul, P. (2010). De genormaliseerde T-score (2). *MGv, 65(11),* 841-845.

Delespaul, P. (2011). Hulpverlening - back to basics? In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 241-249). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Drieschner, K., Hesper, B., Marrozos, I. & Hout, E. (2011a). Duurzaamheid-meerwaarde versus inspanning. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der, Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 81-88). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Drieschner, K., Hesper, B. & Marrozos, I. (2011b). Klinische forensische psychiatrie – lange behandeling, geleidelijke verbetering. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 177-185). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Feltz-Cornelis, van der C.M, Volker, D., & Heer, de E. (2010). *Routine Outcome Monitoring: ontwikkelingen in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Fenema, E.M. van, Wee, N.J.A. van der, Onstein, E. & Zitman, F.G. (2010). Zorgprogramma's in de dagelijkse praktijk: de mate van toepassing in de eerste behandelfase. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 52(5),* 299-310.

GGZ Nederland (2009). *ROM ggz. Beslisdocument werkgroep Vergelijkbaarheid.* http://www.ggznederland.nl/kwaliteit-van-zorg/rom/beslisdocument vergelijkbaarheid.pdf (geraadpleegd november 2012).

Havenaar, J., Sax, N., Berden, G. & Schene, A. (2011). Hoe verhoudt ROM zich tot andere kwaliteitsinstrumenten? In: Mulder, N., Bavinck, C., Bulwalda, V. e.a. (werkgroep ROM), *Handreiking ROM voor de psychiater* (pp 15-22). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Hees, S. van & Nas, C. (2011). Toekomstperspectief – een leesbare ggz. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 253-264). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (2011). *Van meten naar weten. ROM in de GGZ.* Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Hoek, J. van den & Happé, M. (2009). *Plan van aanpak ROM GGZ. Concept.* Amersfoort: GGZ Nederland.

Horn, J. van & Eisenberg, M. (2011). Ambulante forensische psychiatrie - monitoren en sturen op output. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 167-176). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Jong, K. de (2012a). *A chance for change. Building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care.* Leiden: Universiteit van Leiden. Dissertatie.

Jong, K. de, Sluis, P. van, Nugter, M.A., Heiser, W.J. & Spinhoven, P. (2012b). Understanding the differential impact of outcome monitoring: therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research, 22(4),* 464-474.

Jong, K. de (2012c). De rol van de behandelaar: de 'vergeten' factor in ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(2)*, 197-201.

Jong, K. de & Nugter, M.A. (2011). De kunst van effectief feedback geven: waarom weten niet altijd to verbeteren leidt. In: Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A. & Mulder, C.L. (red.), *Praktijkboek ROM in de ggz; een leidraad voor gebruiken implementatie van meetinstrumenten* (pp. 51-61). Utrecht: De Tijdstroom.

Keet, I.P.M., Nugter, A.M., Hafkenscheid, A., e.a. (2012). ROM: primair een instrument voor de behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54 (2),* 107-109.

Kerkhoven, M., Disse, C. & Markus, M. (2011). Samenwerking – meerwaarde voor kinderen & jeugd. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der, Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 53-60). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Laane, R. & Luijk, R. (2012). ROM en positie van de zorgverzekeraars. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(2),* 135-139.

Lemke, K. (2011). Voorwoord. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 5-8). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

LPGGz/LOC (2010). *Herstellen met ROM.* http://www.ggznederland.nl/kwaliteit-van-zorg/rom/20110802-herstellen-met-rom-def.pdf

Meeren, W. van der (2011). Verzekeraar – transparantie van zorguitkomsten. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 219-226). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Metz, M. (2011). Uitdaging – behandelinhoud en organisatie komen samen. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 109-118). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Molenaar, A. (2011). ROM/RPM: wat adviseren we bij wie in welke situatie? In: *Handreiking ROM voor de psychiater* (pp 25-30). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Mulder, N. (2011). Inleiding. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 13-16). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Noom, M.J., Jong, K. de, Tiemens, B., e.a. (2012). Routine outcome monitoring en benchmarking: hoe kunnen we behandelresultaten op een zorgvuldige manier vergelijken? *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(2),* 141-145.

Nugter, M.A., Bragt, P.M. van & Kumeling I. (1998). Uitkomsten van (deeltijd) klinische psychotherapie. Ervaringen met een standaard evaluatieprocedure. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 53,* 861-74.

Nugter, M.A. & Buwalda, V.J.A. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(2),* 111-120.

Os, J. van, Kahn, R., Denys, D., e.a. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(3),* 245-253.

Oudejans, S. (2009). *Routine Outcome Monitoring & Learning organizations in substance abuse treatment.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Dissertatie.

Oudejans, S., Nabitz, U. & Schippers, G. (2009). Routine Outcome Monitoring in de verslavingszorg. Bevorderende en belemmerende factoren. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 64(9),* 774-784.

Oudejans, S., Spits, M. & Schippers, G. (2011). Leren van uitkomsten – van taseki naar jiseki. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der, Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 35-44). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Oudejans, S.C.C., Schippers, G.M., Spits, M.E., e.a. (2012). Vijf jaar ‘routine outcome management’ in de ambulante verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(2),* 185-190.

Schaefer, B., Nijssen, Y. & Weeghel, J. van (2011). Behandelaars – van meten naar oplossingsgericht werken. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 89-96). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Stichting Benchmark GGZ (2011). *Factsheet Stichting Benchmark GGZ en de Benchmark Rapportage Module (BRaM).* Bilthoven: Stichting Benchmark GGZ.

Stichting Benchmark GGZ (2012). *Brancherapportage 2011 t/m Q4.* Bilthoven: Stichting Benchmark GGZ.

Stollenga, M. & de Weert, G. (2011). Verslavingszorg – benchmarken en monitoren. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 159-166). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Stuurgroep ROM GGZ (2010). *Visie op ROM in de GGZ.* Amersfoort: GGZ Nederland.

Stuurgroep ROM GGZ (2011). *Herziene aanbeveling Stuurgroep ROM GGZ*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Swildens, W., Theunissen, J., Delespaul, P., e.a. (2011). Ernstige psychiatrische aandoeningen - op weg naar vergelijkbaarheid. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 139-148). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Sytema, S., Nugter, M.A. & Mulder, C.L. (2011). Routine outcome monitoring en onderzoek. In: Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A. & Mulder, C.L. (red), *Praktijkboek ROM in de ggz; een leidraad voor gebruiken implementatie van meet-instrumenten* (pp. 173-88). Utrecht: De Tijdstroom.

Timman, R. (2009). *STEP II. Standaard Evaluatie Project 2000-2008.* Rotterdam: Erasmus MC.

Veerbeek, M. & Pot, A.M. (2011). Ouderen – het monitoren van de kwaliteit van zorg. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 149-158). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Vermeiren, R., Noom, M., Carlier, I., Markus, M. & Zitman, F. (2011). Methodologie – de kunst van benchmarken. In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (red.), *Van meten naar weten. ROM in de GGZ* (pp 207-216). Amsterdam: GGZ Nederland p/a Uitgeverij Boom.

Vergouwen, T. (2011). Routine Outcome Monitoring: achtergrond en effecten. In: *Handreiking ROM voor de psychiater* (pp 7-14). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Zitman, F.G. (2012). ROM bij stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen; bemoedigende resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54(2),* 173-177.

Zorgverzekeraars Nederland/GGZ Nederland (2010). *Bestuurlijk akkoord.* http://www.onvz.nl/onvz/documenten/2011/bestuurlijk-akkoord-ggz-n-en-zn.pdf (geraadpleegd november 2012).

Bijlagen hoofdstuk 1: 1A-1C

Bijlage 1A De achtergrond van de ontwikkeling van een Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ

Kwaliteitsinformatie gewenst op verschillende aggregatieniveaus

Het kwaliteitsbeleid van de overheid was jarenlang vooral gericht op de kwaliteit van de processen in de zorg. Bij de Leidschendamconferentie in 2000 werd dit kwaliteitsbeleid voor het laatst geëvalueerd. Er werd indertijd geconcludeerd dat de focus verplaatst moest worden naar zorguitkomsten en naar prestaties van zorginstellingen. Deze focus op uitkomsten van behandeling en zorg zou moeten resulteren in transparante processen en het door aanbieders van zorg en verzekeraars afleggen van verantwoording over de geleverde prestaties. Dergelijke informatie zou het mogelijk maken de prestaties van aanbieders van zorg, respectievelijk van verzekeraars, onderling te vergelijken en de prestaties te relateren aan de kosten (Wennink & van Wijngaarden, 2006).

De overheid liet de uitvoering van de zorg over aan particuliere partijen, maar wilde mede door het systematisch meten van prestaties enige controle behouden op de geprivatiseerde uitvoering. De staatssecretaris van VWS schreef in de brief over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Delnoij e.a., 2003): 'Publieke verantwoording afleggen over kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg is de keerzijde van de medaille van meer ruimte, minder regulering en minder knellende kaders vooraf. Dit betekent: duidelijke en vergelijkbare indicatoren om de prestaties te meten, bedrijfsvergelijkingen (benchmarking), monitoring, transparant inzicht. De informatie is openbaar en voor iedereen toegankelijk.' Het was de bedoeling dat uiteindelijk in iedere sector van de zorg aan de hand van prestatie-indicatoren duidelijk wordt hoe het gesteld is met de kwaliteit van de zorg (Wennink & van Wijngaarden, 2006). Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen informatiebehoefte en gebruiksdoel van informatie op het macroniveau, het mesoniveau en het microniveau:

Macroniveau
- Informatie over het functioneren van het totale zorgsysteem ten behoeve van de zogeheten VBTB-opdracht[38] het Jaarbeeld Zorg, en internationale vergelijkingen.

Mesoniveau
- Informatie ten behoeve van interne doelen van koepels van zorgsectoren en beroepsverenigingen.
- Informatie ten behoeve van externe doelen voor de verantwoording van zorgaanbieders, bijvoorbeeld voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

38 Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording. Begrotingsmethodiek waarin een koppeling wordt gemaakt tussen beleid, prestaties en geld, met als doel vergroting van de informatiewaarde en toegankelijkheid van de begroting en het jaarverslag.

Microniveau

- Informatie ten behoeve van de interne doelen van zorgaanbieders. Hieronder worden zaken verstaan als interne verantwoording en kwaliteitsverbetering, bijvoorbeeld door 'spiegelinformatie'.
- Informatie ten behoeve van externe doelen. Hieronder wordt bijvoorbeeld keuzeondersteunende informatie voor cliënten(organisaties) en inkoopinformatie voor de zorgverzekeraars verstaan.

Indicatoren op macroniveau

Op macroniveau werden in de notitie 'Bakens Zetten' (Delnoij e.a., 2003) de contouren uitgewerkt voor een 'raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening', waarmee de beoogde werking van het (te vernieuwen) zorgstelsel kon worden gemonitord en een vergelijking kon worden gemaakt met andere landen. Het ging in Bakens Zetten in eerste instantie om het functioneren van het zorgsysteem als geheel. Prestatiegegevens van de verschillende beroepsgroepen, instellingen, zorgketens, of regio's konden, geaggregeerd, een landelijk beeld geven van de zorg. Er werd geen aandacht besteed aan indicatoren op meso- en microniveau. Wel werd aangesloten bij de macro-indicatoren van de landen die samenwerken in de *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD), waardoor internationale vergelijkingen kunnen worden gemaakt.

Samenwerking tussen verschillende partijen om te komen tot een Basisset prestatie-indicatoren op meso- en microniveau

Naast de overheid ontstond ook bij andere partijen behoefte aan transparantie en kwaliteit van zorg. Dit betrof (Hilderink e.a., 2008):

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) die verantwoordelijk is voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en de resultaten van het kwaliteitsbeleid.
- Zorgverzekeraars die zorg van goede kwaliteit willen inkopen en daarvoor helder willen hebben wat de kwaliteit van die geleverde zorg is.
- Cliënten, die in de Leidschendamconferentie van 2000 een belangrijke rol kregen toebedeeld. Daarbij speelden overwegingen als het respectvol benaderen, het goed informeren van cliënten, het gebruikmaken van ervaringsdeskundigheid, en een grotere mate van compliance een rol (Walburg, 2003). Hiermee werd de positie van de cliënt versterkt. Enerzijds omdat zij er, eventueel via de verzekeraars, voor zouden kunnen zorgen dat de hulpverlening op hun behoeften wordt afgestemd, anderzijds omdat zij de uitkomsten zouden kunnen gebruiken als keuze-informatie.
- Zorginstellingen die zelf baat konden hebben bij informatie over de kwaliteit van de zorg, zowel in vergelijking met andere zorginstellingen, als intern in een vergelijking tussen afdelingen, zorgcircuits, locaties en dergelijke.

Deze informatiebehoefte vereiste een kwaliteitstoetsing op meso- en microniveau. Meerdere partijen hielden zich gedurende de eerste vijf jaar van de eenentwintigste eeuw bezig met het definiëren van adequate prestatie-indicatoren op deze niveaus (Wennink & van Wijngaarden, 2006). Gezien de gemeenschappelijk gevoelde belangen ten aanzien van de kwaliteitstoetsing van de zorg in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, nam GGZ Nederland samen met de beroepsverenigingen in 2006 het initiatief om alle activiteiten te bundelen en te komen tot een Basisset prestatie-indicatoren die aan de informatiebehoefte van alle partijen zou kunnen voldoen.

Referenties

Delnoij D.M.J., Asbroek, A.H.A. ten, Arah, O.A., Custers T. & Klazinga, N.S. (2003). *Bakens Zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Hilderink, I., Vink, M., Land, H. van 't & Fotiadis, L. (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Walburg, J.A. (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg: Het opbouwen van lerende teams in zorgorganisaties*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Wennink, H.J., Wijngaarden, B. van (red.) (2006). *Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bijlage 1B Dekkingsgraad indicatoren 2007-2011 voor geïntegreerde GGZ-instellingen

In de tabel in deze bijlage zijn de dekkingsgraden voor de indicatoren voor de GGZ en VZ van geïntegreerde GGZ-instellingen cijfermatig weergegeven. Bij deze tabel moet het volgende worden opgemerkt:

- Een percentage in deze tabel geeft *niet* de score op een bepaalde indicator weer, maar het percentage geïntegreerde GGZ-instellingen dat voor deze indicator gegevens heeft kunnen aanleveren. Bijvoorbeeld over 2007 kon 88% van de instellingen informatie geven over het oordeel van hun cliënten over de ernst van hun problematiek (indicator 1.2.a. totaalscore); over 2009 kon 90,5% van de instellingen deze gegevens aanleveren en in over 2011 100%.
- Het cliëntoordeel wordt op verschillende manieren gemeten. Voorheen was de GGZ Thermometer hiervoor het standaardinstrument, maar instellingen konden hiervoor ook een vergelijkbaar eigen instrument gebruiken. In 2008 en 2009 was de CQ Index facultatief. Vanaf 2010 is voor de kortdurende GGZ en VZ het gebruik van de CQ Index verplicht. De indicatoren voor het oordeel van ambulante cliënten konden voor 2008 dus worden gevuld met informatie uit verschillende bronnen. Vanaf 2011 kunnen overigens de CQ Index-versies voor klinische GGZ en VZ, Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen facultatief worden gebruikt. In de tabel zijn daarom de dekkingspercentages per informatiebron opgenomen en een totaalscore. Bij sommige instellingen worden meerdere instrumenten naast elkaar gebruikt, bijvoorbeeld zowel de GGZ Thermometer als de CQ Index, zodat er dubbeltellingen voor de dekkingsgraad zijn. De totaalscores in de tabel zijn hiervoor gecorrigeerd. Deze totaalscores zijn altijd lager dan de som van de subindicatoren en zijn gemerkt met een '*'.
- Ook voor het meten van de verandering in ernst van de problematiek, het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven kunnen verschillende instrumenten zijn gebruikt. Vanaf het verslagjaar 2009 wordt een aantal instrumenten (sterk) aanbevolen, maar tot en met verslagjaar 2011 was het mogelijk eigen instrumenten te blijven gebruiken. Voor het meten van de ernst van de problematiek zijn de per 2009 aanbevolen instrumenten toegesneden op specifieke stoornissen, de BSI (Brief Symptom Inventory) voor stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en 'overige stoornissen', de BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) voor schizofrenie, andere psychotische stoornissen bipolaire stoornissen, en de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) voor verslaving. Vanaf 2009 worden daarom de gegevens op stoornissenniveau geregistreerd. In verband met de omvang van de tabel is ervoor gekozen de dekkingsgraad niet per instrument weer te geven.
- Voor het meten van het dagelijks functioneren van cliënten met een hoofddiagnose schizofrenie, een andere psychotische stoornis, of een bipolaire stoornis wordt vanaf 2009 de HoNOS (Health of the Nations Outcome Scale) geadviseerd en voor het meten van de kwaliteit van leven van deze groep cliënten de MANSA (MANchester Short Assessment of quality of life). In de tabel is het gebruik van beide instrumenten weergegeven. Ook hier kan sprake zijn van het gebruik van instrumenten naast elkaar en is de totale dekkingsgraad hiervoor gecorrigeerd (gemerkt met een '*').

Dekkingsgraad indicatoren 2007-2011 voor geïntegreerde GGZ-instellingen

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2007 N=25 (%)	Dekkings-graad 2008 N=23 (%)	Dekkings-graad 2009 N=22 (%)	Dekkings-graad 2010 N=22 (%)	Dekkings-graad 2011 N=21 (%)	Dekkings-graad 2011*** Alle geïnte-greerde N=27 (%)
1.2.a	*Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)* (GGZ Thermometer)	76,0	82,6	71,4	77,3	61,9	70,4
1.2.a	*Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)* (eigen instrument)	12,0	13,0	71,4	4,5	4,7	7,4
1.2.a	*Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)* (CQ Index ambulant)	8,0	26,1	52,4	90,9	90,5	96,3
1.2.a	*Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)* (CQ Index klinisch)	---	---	---	9,1**	4,7**	3,7**
1.2.a*	*Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)* (Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index)	88,0	95,6	90,5	95,4	100	100
1.2.b	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten bij wie verandering in ernst gemeten is (totaal)	52,0	65,2	60,9	86,4	---	---
1.2.b	*Verandering ernst problematiek* Heeft effectmeting plaatsgevonden bij cliënten uit doelgroep 1 (vrijheidsbeperkende maatregel onder BOPZ)	---	---	---	---	100	100
1.2.b	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten uit doelgroep 1 bij wie verandering in ernst gemeten is	---	---	---	---	47,6	48,1
1.2.b	*Verandering ernst problematiek* Heeft effectmeting plaatsgevonden bij cliënten uit doelgroep 2 (langdurend zorgafhankelijken)	---	---	---	---	95,2	96,3
1.2.b	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten uit doelgroep 2 bij wie verandering in ernst gemeten is	---	---	---	---	61,9	63,0
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is verbeterd (stoornissen kindertijd)	---	---	33,3	59,1	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is gestabiliseerd (stoornissen kindertijd)	---	---	33,3	59,1	100	100

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2007 N=25 (%)	Dekkings-graad 2008 N=23 (%)	Dekkings-graad 2009 N=22 (%)	Dekkings-graad 2010 N=22 (%)	Dekkings-graad 2011 N=21 (%)	Dekkings-graad 2011*** Alle geïnte-greerde N=27 (%)
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is verbeterd (schizofrenie)	---	---	28,6	50,0	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is gestabiliseerd (schizofrenie)	---	---	28,6	50,0	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is verbeterd (stemmingsstoornis)	---	---	47,6	68,2	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is gesta-biliseerd (stemmingsstoornis)	---	---	47,6	68,2	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is verbeterd (angststoornis)	---	---	47,6	68,2	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is gesta-biliseerd (angststoornis)	---	---	47,6	68,2	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is verbeterd (persoonlijkheids-stoornis)	---	---	42,9	63,6	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is gestabiliseerd (persoonlijkheids-stoornis)	---	---	42,9	63,6	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is verbeterd (delirium)	---	---	28,6	45,4	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is gestabiliseerd (delirium)	---	---	28,6	45,4	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is verbeterd (middelen)	---	---	33,3	54,5	95,2	96,3
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is gestabiliseerd (middelen)	---	---	33,3	54,5	90,4	92,6
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is verbeterd (overige stoornissen)	---	---	23,8	50,0	100	100
1.2.d	*Verandering ernst problematiek* Percentage cliënten dat is gesta-biliseerd (overige stoornissen)	---	---	23,8	50,0	100	100

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2007 N=25 (%)	Dekkings-graad 2008 N=23 (%)	Dekkings-graad 2009 N=22 (%)	Dekkings-graad 2010 N=22 (%)	Dekkings-graad 2011 N=21 (%)	Dekkings-graad 2011*** Alle geïnte-greerde N=27 (%)
1.3	*Verandering in dagelijks functioneren* Percentage cliënten dat is verbeterd, gemeten met de HoNOS	---	---	---	40,9	52,3	51,8
1.3	*Verandering in dagelijks functioneren* Percentage cliënten dat is gestabiliseerd, gemeten met de HoNOS	---	---	---	40,9	52,3	51,8
1.3	*Verandering in dagelijks functioneren* Percentage cliënten dat is verbeterd, gemeten met eigen instrument	---	---	52,8	40,9	38,1	37,0
1.3	*Verandering in dagelijks functioneren* Percentage cliënten dat is gestabiliseerd, gemeten met eigen instrument	---	---	52,8	40,9	38,1	37,0
1.3*	*Verandering in dagelijks functioneren* Percentage cliënten dat is verbeterd, gemeten met HoNOS of eigen instrument	84,0	91,3	52,8	72,7	90,5	88,9
1.3*	*Verandering in dagelijks functioneren* Percentage cliënten dat is gestabiliseerd, gemeten met HoNOS of eigen instrument	84,0	91,3	52,8	72,7	90,5	88,9
1.4.a/b	*Verandering in de ervaren kwaliteit van leven* Percentage cliënten met een hoofddiagnose schizofrenie of andere psychotische of bipolaire stoornis, waarbij de kwaliteit van leven in kaart is gebracht met de MANSA	---	---	---	59,1	---	---
1.4.a/b	*Verandering in de ervaren kwaliteit van leven* Percentage cliënten met een hoofddiagnose schizofrenie of andere psychotische of bipolaire stoornis, waarbij de kwaliteit van leven in kaart is gebracht met een eigen instrument	---	---	33,3	27,3	---	---

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2007 N=25 (%)	Dekkings-graad 2008 N=23 (%)	Dekkings-graad 2009 N=22 (%)	Dekkings-graad 2010 N=22 (%)	Dekkings-graad 2011 N=21 (%)	Dekkings-graad 2011*** Alle geïnte-greerde N=27 (%)
1.4.a/b*	*Verandering in de ervaren kwaliteit van leven* Percentage cliënten met een hoofddiagnose schizofrenie of andere psychotische of bipolaire stoornis, waarbij de kwaliteit van leven in kaart is gebracht met de MANSA of een eigen instrument	---	---	33,3	72,7	61,9	59,3
1.4.c*	*Verandering in de ervaren kwaliteit van leven* Percentage cliënten dat is verbeterd, gemeten met de MANSA of een eigen instrument	---	---	28,6	45,4	61,9	59,3
1.4.c*	*Verandering in de ervaren kwaliteit van leven* Percentage cliënten dat is gestabiliseerd, gemeten met de MANSA of eigen instrument	---	---	28,6	45,4	57,1	48,1
1.6.a	*Heropnames* Percentage heropnames	88,0	95,6	---	---	---	---
1.6.b	*Heropnames* Gemiddelde opnameduur in dagen	88,0	95,6	---	---	---	---
1.7	*Drop-out* Percentage drop-out	100	91,3	90,5	100	---	---
1.7	*Drop-out* Percentage drop-out bij stoor-nissen kindertijd	---	---	---	---	100	100
1.7	*Drop-out* Percentage drop-out bij schizofrenie	---	---	---	---	100	100
1.7	*Drop-out* Percentage drop-out bij stem-mingsstoornis	---	---	---	---	100	100
1.7	*Drop-out* Percentage drop-out bij angst-stoornis	---	---	---	---	100	100
1.7	*Drop-out* Percentage drop-out bij persoon-lijkheidsstoornis	---	---	---	---	100	100
1.7	*Drop-out* Percentage drop-out bij delirium	---	---	---	---	100	100
1.7	*Drop-out* Percentage drop-out bij middelen	---	---	---	---	90,5	92,6

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2007 N=25 (%)	Dekkings-graad 2008 N=23 (%)	Dekkings-graad 2009 N=22 (%)	Dekkings-graad 2010 N=22 (%)	Dekkings-graad 2011 N=21 (%)	Dekkings-graad 2011*** Alle geïnte-greerde N=27 (%)
1.7	*Drop-out* Percentage drop-out bij overige stoornissen	---	---	---	---	100	100
1.8	*De mate waarin somatische screening plaatsvindt* Percentage cliënten in klinische zorg met een hoofd-diagnose schizofrenie of andere psychotische stoornis, waarbij schriftelijk is vastgelegd dat een somatische screening heeft plaatsgevonden	---	---	61,9	72,7	---	---
1.8	*De mate waarin somatische screening plaatsvindt* Percentage cliënten uit doel-groep 1 (vrijheidsbeperkende maatregel onder BOPZ) bij wie een somatische screening heeft plaatsgevonden	---	---	---	---	100	100
1.8	*De mate waarin somatische screening plaatsvindt* Percentage cliënten uit doelgroep 2 (langdurend zorgafhankelijken) bij wie een somatische screening heeft plaatsgevonden	---	---	---	---	70,0	73,1
1.8	*De mate waarin somatische screening plaatsvindt* Beschikken over standaard-procedure m.b.t. screening op somatische aandoeningen voor doelgroep 1 (vrijheidsbeperkende maatregel onder BOPZ)	---	---	---	---	100	100
1.8	*De mate waarin somatische screening plaatsvindt* Beschikken over standaard-procedure m.b.t. screening op somatische aandoeningen voor doelgroep 2 (langdurend zorgafhankelijken)	---	---	---	---	100	100
1.8.a	*De mate waarin somatische screening plaatsvindt* Beschikken over standaard-procedure m.b.t. screening op somatische aandoeningen	100	91,3	---	---	---	---

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2007 N=25 (%)	Dekkings-graad 2008 N=23 (%)	Dekkings-graad 2009 N=22 (%)	Dekkings-graad 2010 N=22 (%)	Dekkings-graad 2011 N=21 (%)	Dekkings-graad 2011*** Alle geïnte-greerde N=27 (%)
1.8.b	*De mate waarin somatische screening plaatsvindt* Het percentage cliënten dat bij aanvang van de opname in de instelling somatisch gescreend wordt	76,0	73,9	---	---	---	---
1.8.c	*De mate waarin somatische screening plaatsvindt* Het percentage langdurend opgenomen cliënten dat jaarlijks somatisch gescreend wordt	52,0	52,2	---	---	---	---
1.10	*Bemoeizorg* Percentage cliënten dat met bemoeizorg wordt bereikt	80,0	60,9	---	---	---	---
1.11	*Continuïteit van zorg* Percentage cliënten dat na ontslag uit de kliniek binnen twee weken een ambulant of deeltijdcontact heeft	88,0	87,0	---	---	---	---
1.11	*Continuïteit van zorg* Percentage cliënten uit doelgroep 1 (vrijheidsbeperkende maatregel onder BOPZ) dat na ontslag uit de kliniek binnen twee weken een ambulant of deeltijdcontact heeft	---	---	---	---	100	100
1.11	*Continuïteit van zorg* Percentage cliënten uit doelgroep 2 (langdurend zorgafhankelijken) dat na ontslag uit de kliniek binnen twee weken een ambu-lant of deeltijdcontact heeft	---	---	---	---	100	100
2.1.a	*Medicatieveiligheid* Percentage cliënten met een klinische opname of verblijf met een actueel medicatieoverzicht op het moment van voorschrijven	---	---	23,8	40,9	100	100
2.1.a	*Medicatieveiligheid* Percentage cliënten met een klinische opname of verblijf uit doelgroep 1 (vrijheidsbeperkende maatregel onder BOPZ) met een actueel medicatieoverzicht op het moment van voorschrijven	---	---	---	---	100	100

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2007 N=25 (%)	Dekkings-graad 2008 N=23 (%)	Dekkings-graad 2009 N=22 (%)	Dekkings-graad 2010 N=22 (%)	Dekkings-graad 2011 N=21 (%)	Dekkings-graad 2011*** Alle geïnte-greerde N=27 (%)
2.1.a	*Medicatieveiligheid* Percentage cliënten met een klinische opname of verblijf uit doelgroep 2 (langdurend zorgafhankelijken met een actueel medicatieoverzicht op het moment van voorschrijven	---	---	---	---	100	100
2.1.b	*Medicatieveiligheid* Percentage cliënten in ambulante of semiambulant zorg met een actueel medicatieoverzicht op het moment van voorschrijven	---	---	14,3	31,8	57,1	55,5
2.2	*Informatie over bijwerkingen van medicijnen* Percentage cliënten dat naar eigen oordeel is geïnformeerd over mogelijke bijwerkingen van medicatie (CQ Index ambulant)	---	---	42,9	90,9	100	100
2.2	*Informatie over bijwerkingen van medicijnen* Percentage cliënten dat naar eigen oordeel is geïnformeerd over mogelijke bijwerkingen van medicatie (CQ Index klinisch)	---	---	---	--	14,3**	14,3**
2.2	*Informatie over bijwerkingen van medicijnen* Percentage cliënten dat naar eigen oordeel is geïnformeerd over mogelijke bijwerkingen van medicatie (eigen instrument)	---	---	---	22,7	---	---
2.2*	*Informatie over bijwerkingen van medicijnen* Percentage cliënten dat naar eigen oordeel is geïnformeerd over mogelijke bijwerkingen van medicatie (CQ Index ambulant, eigen instrument)	---	---	42,9	90,9	100	100
2.3.a	*Onveiligheid door ontbreken informatie* Registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie	95,8	86,4	---	---	---	---

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2007 N=25 (%)	Dekkingsgraad 2008 N=23 (%)	Dekkingsgraad 2009 N=22 (%)	Dekkingsgraad 2010 N=22 (%)	Dekkingsgraad 2011 N=21 (%)	Dekkingsgraad 2011*** Alle geïntegreerde N=27 (%)
2.3.b	*Onveiligheid door ontbreken informatie* Percentage spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de instelling bekende cliënten waarbij de hulpverlener niet kon beschikken over actuele informatie van de cliënt	---	36,4	---	---	---	---
2.4	*Insluitingen en dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen* Aantal cliënten dat is opgenomen in de Argusregistratie	---	---	---	---	95,2	96,3
2.4.a.1	*Insluitingen en dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen* Aantal insluitingen in een separeerruimte	---	---	23,8	54,5**	85,7	85,2
2.4.a.1	*Insluitingen en dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen* Aantal insluitingen in een afzonderingsruimte	---	---	23,8	40,9**	71,4	74,1
2.4.a.1	*Insluitingen en dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen* Aantal malen dwangmedicatie	---	---	19,0	45,5**	85,7	85,2
2.4.a.2	*Insluitingen bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen* Aantal insluitingen in een separeerruimte	---	---	19,0	45,5**	85,7	88,9
2.4.a.2	*Insluitingen bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen* Aantal insluitingen in een afzonderingsruimte	---	---	19,0	31,8**	71,4	70,4
2.4.b.1	*Insluitingen en dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen* Duur insluitingen in een separeerruimte	---	---	28,6	45,5**	85,7	85,2
2.4.b.1	*Insluitingen en dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen* Duur insluitingen in een afzonderingsruimte	---	---	14,3	36,4**	71,4	74,1

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2007 N=25 (%)	Dekkingsgraad 2008 N=23 (%)	Dekkingsgraad 2009 N=22 (%)	Dekkingsgraad 2010 N=22 (%)	Dekkingsgraad 2011 N=21 (%)	Dekkingsgraad 2011*** Alle geïntegreerde N=27 (%)
2.4.b.1	*Insluitingen en dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen* Duur dwangmedicatie	---	---	14,3	36,4**	80,9	81,5
2.4.b.2	*Insluitingen bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen* Duur insluitingen in een separeerruimte	---	---	19,0	40,9**	90,5	88,9
2.4.b.2	*Insluitingen bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen* Duur insluitingen in een afzonderingsruimte	---	---	9,5	27,3**	71,4	74,4
2.5	*Suïcide* Percentage suïcides bij klinische behandeling/ begeleiding	100	100	---	---	---	---
2.6	*Incidenten cliëntenzorg (oordeel cliënt)* Mate waarin klinisch opgenomen cliënten zich veilig voelen (CQ Index klinisch)	---	---	---	9,1**	14,3	11,1
3.1.a	*Wachttijd tot start behandeling* Gemiddelde wachttijd ambulante behandeling/ begeleiding	92,0	87,0	95,2	---	---	---
3.1.a	*Wachttijd tot start behandeling* Gemiddelde wachttijd klinische behandeling/ begeleiding	84,0	87,0	80,9	---	---	---
3.1.a	*Wachttijd tot start behandeling* Gemiddelde wachttijd RIBW begeleiding	48,0	26,1	19,0	---	---	---
3.1.b	*Wachttijd tot start behandeling* Percentage cliënten voor ambulante behandeling/ begeleiding dat korter gewacht heeft dan 98 dagen	92,0	91,3	95,2	---	---	---
3.1.b	*Wachttijd tot start behandeling* Percentage cliënten voor klinische behandeling/ begeleiding dat korter gewacht heeft dan 105 dagen	84,0	87,0	76,2	---	---	---
3.1.b	*Wachttijd tot start behandeling* Percentage cliënten voor RIBW begeleiding dat korter gewacht heeft dan 147 dagen	48,0	26,1	28,6	---	---	---
3.3	*Informed consent* Percentage cliënten dat informed consent ervaart (Thermometer)	84,0	82,6	71,4	77,3	66,7	70,4

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2007 N=25 (%)	Dekkingsgraad 2008 N=23 (%)	Dekkingsgraad 2009 N=22 (%)	Dekkingsgraad 2010 N=22 (%)	Dekkingsgraad 2011 N=21 (%)	Dekkingsgraad 2011*** Alle geïntegreerde N=27 (%)
3.3	*Informed consent* Percentage cliënten dat informed consent ervaart (eigen instrument)	12,0	13,0	14,3	4,5	4,8	7,4
3.3	*Informed consent* Percentage ambulante cliënten dat informed consent ervaart (CQ Index ambulant)	12,0	30,4	47,6	90,9	95,2	96,3
3.3	*Informed consent* Percentage cliënten in klinische zorg dat informed consent ervaart (CQ Index klinisch)	---	---	---	9,1**	14,3**	11,1**
3.3*	*Informed consent* Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	96,0	100	95,2	95,4	95,2	96,3
3.4	*Keuzevrijheid* Percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (Thermometer)	84,0	82,3	71,4	81,8	66,7	70,4
3.4	*Keuzevrijheid* Percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (eigen instrument)	16,0	13,0	14,3	4,5	4,8	7,4
3.4	*Keuzevrijheid* Percentage ambulante cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (CQ Index ambulant)	12,0	30,4	47,6	90,9	95,2	96,3
3.4	*Keuzevrijheid* Percentage cliënten in klinische zorg dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (CQ Index klinisch)	---	---	---	9,1**	14,3**	11,1**
3.4*	*Keuzevrijheid* Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	96,0	100	95,2	95,4	100	100
3.5	*Vervulling zorgwensen* Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (Thermometer)	88,0	82,7	71,4	81,8	66,7	70,4

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2007 N=25 (%)	Dekkingsgraad 2008 N=23 (%)	Dekkingsgraad 2009 N=22 (%)	Dekkingsgraad 2010 N=22 (%)	Dekkingsgraad 2011 N=21 (%)	Dekkingsgraad 2011*** Alle geïntegreerde N=27 (%)
3.5	*Vervulling zorgwensen* Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (eigen instrument)	12,0	13,0	14,3	4,5	4,8	7,4
3.5	*Vervulling zorgwensen* Percentage ambulante cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (CQ Index ambulant)	12,0	30,4	47,6	90,9	95,2	96,3
3.5	*Vervulling zorgwensen* Percentage cliënten in klinische zorg dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (CQ Index klinisch)	---	---	---	4,5**	14,3**	11,1**
3.5*	*Vervulling zorgwensen* Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	100	100	95,2	95,4	100	100
3.6.a	*Evaluatie van begeleiding- en behandelplannen (oordeel cliënt)* Percentage begeleidings- of behandelplannen dat binnen een jaar is bijgesteld voor ambulante cliënten (CQ Index ambulant)	---	---	19,0	90,9	95,2	96,3
3.6.a	*Evaluatie van begeleiding- en behandelplannen (oordeel cliënt)* Percentage begeleidings- of behandelplannen dat binnen een jaar is bijgesteld voor cliënten in klinische zorg (CQ Index klinisch)	---	---	---	9,1**	14,3**	11,1**
3.6.b	*Evaluatie van begeleiding- en behandelplannen* Het percentage begeleiding- en behandelplannen van cliënten in de langdurende zorg dat minder dan 1 jaar oud is	48,0	69,6	--	--	---	---
3.7	*Continuïteit van zorg* Percentage ambulante cliënten dat een goede afstemming ervaart tussen hulpverleners (CQ Index ambulant)	---	---	47,6	90,9	100	100
3.7	*Continuïteit van zorg* Percentage cliënten in klinische zorg dat een goede afstemming ervaart tussen hulpverleners (CQ Index klinisch)	---	---	---	13,6**	14,3**	11,1**

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2007 N=25 (%)	Dekkings-graad 2008 N=23 (%)	Dekkings-graad 2009 N=22 (%)	Dekkings-graad 2010 N=22 (%)	Dekkings-graad 2011 N=21 (%)	Dekkings-graad 2011*** Alle geïnte-greerde N=27 (%)
3.9	*Woon- en leefomstandigheden* Percentage cliënten dat positief oordeelt over de woonsituatie (Thermometer)	32,0	47,8	38,1	54,5	33,3	40,7
3.9	*Woon- en leefomstandigheden* Percentage cliënten dat positief oordeelt over de woonsituatie (eigen instrument)	8,0	13,0	14,3	4,5	4,8	7,4
3.9	*Woon- en leefomstandigheden* Percentage cliënten in klinische zorg dat positief oordeelt over de woonsituatie (CQ Index klinisch)	---	---	---	4,5**	0,0**	0,0**
3.9*	*Woon- en leefomstandigheden* Totaalscore Thermometer, eigen instrument	40,0	60,9	47,6	59,1	38,1	48,1
3.10	*Adequate bejegening door de hulpverleners* Het percentage cliënten dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart (Thermo-meter)	88,0	82,6	71,4	72,7	66,7	70,3
3.10	*Adequate bejegening door de hulpverleners* Het percentage cliënten dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart (eigen instrument)	20,0	17,4	14,3	4,5	9,5	11,1
3.10	*Adequate bejegening door de hulpverleners* Het percentage ambulante cliënten dat een adequate beje-gening door hulpverleners ervaart (CQ Index ambulant)	12,0	30,4	47,6	86,4	95,2	96,3
3.10	*Adequate bejegening door de hulpverleners* Het percentage cliënten in klinische zorg dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart (CQ Index klinisch)	---	---	---	9,1**	14,3	11,1
3.10*	*Adequate bejegening door de hulpverleners* Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	100	100	95,2	90,9	100	100

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2007 N=25 (%)	Dekkings-graad 2008 N=23 (%)	Dekkings-graad 2009 N=22 (%)	Dekkings-graad 2010 N=22 (%)	Dekkings-graad 2011 N=21 (%)	Dekkings-graad 2011*** Alle geïnte-greerde N=27 (%)
3.11	*Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners* Het percentage cliënten dat adequate informatie van hulpverleners ontvangt (Thermometer)	88,0	82,6	74,4	77,2	61,9	66,7
3.11	*Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners* Het percentage cliënten dat adequate informatie van hulpverleners ontvangt (eigen instrument)	16,0	17,4	14,3	4,5	9,5	11,1
3.11	*Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners* Het percentage ambulante cliënten dat adequate informatie van hulpverleners ontvangt (CQ Index ambulant)	12,0	30,4	47,6	90,9	95,2	96,3
3.11	*Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners* Het percentage cliënten in klinische zorg dat adequate informatie van hulpverleners ontvangt (CQ Index klinisch)	---	---	---	9,1**	14,3	11,1
3.11*	*Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners* Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	100	100	95,2	95,4	100	100

* *Totalen over alle instrumenten*

** *Facultatief in de jaren 2009-2010*

*** *Voor de volledigheid zijn in deze tabel ook de uitkomsten voor alle 27 geïntegreerde GGZ-instellingen over 2011 weergegeven. Deze uitkomsten worden in de tekst verder niet uitgebreid besproken.*

Bijlage 1C Dekkingsgraad indicatoren forensische psychiatrie 2009-2011

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2009 N=30 (%)	Dekkingsgraad 2010 N=23 (%)	Dekkingsgraad 2011 N=29 (%)
1.1.a	*Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)* (GGZ Thermometer)	66,7	--	---
1.1.a	*Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)* (eigen instrument)	66,7	--	---
1.1.a*	*Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)* (Totaalscore Thermometer, eigen instrument)	66,7	69,6	---
1.1.b	*Verandering in ernst problematiek* Totaal percentage cliënten bij wie dit gemeten is	20,0-33,3*	69,6	75,9
1.1.d	*Verandering in ernst problematiek* Totaal percentage cliënten dat is verbeterd	16,7-33,3*	69,6	---
1.1.d	*Verandering in ernst problematiek* Totaal percentage cliënten dat is gestabiliseerd	16,7-33,3*	69,6	---
1.2.a	*Systematisch meten verandering delictrisico*	3,3	69,6	79,3
1.2.c	*Afname delictrisico na 6 maanden*	0,0	47,8	---
1.3.1	*Recidive* Klinische setting	10,0	65,2	79,3
1.3.2	*Recidive* Ambulante setting	3,3	39,1	58,6
1.4.1	*Drop-out* In behandeling	26,7	87,0	86,2
1.4.2	*Drop-out* Afgesloten behandelingen	26,7	87,0	86,2
1.5.a	*Oordeel cliënt over evaluatie en bijstelling behandelplan*	6,7	52,2	---
1.5.b	*Percentage behandelplannen minder dan één jaar oud*	23,3	91,3	---
2.1.b	*Medicatieveiligheid* Polyfarmacie	---	17,4	---
2.1.c	Combinatie van twee of meer antipsychotica	---	30,4	---
2.2.a	*Separatie* Percentage insluitingen	16,7	60,9	79,3

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2009 N=30 (%)	Dekkings-graad 2010 N=23 (%)	Dekkings-graad 2011 N=29 (%)
2.2.b	*Separatie* Duur insluitingen	13,3	52,2	76,9
2.3.a	*Somatische screening* Bij aanvang opname	16,7	78,3	82,7
2.3.b	*Somatische screening* Jaarlijkse screening bij langdurende opname	13,3	60,9	65,5
2.4.1	*Geweldsdelicten* Percentage geweldsdelicten onderling op totaal aantal cliënten	---	---	86,2
2.4.1	*Geweldsdelicten* Percentage geweldsdelicten onderling op totaal aantal geweldplegers	---	---	79,3
2.4.2	*Geweldsdelicten* Percentage geweldsdelicten tegen medewerkers op totaal aantal cliënten	20,0	56,5	86,2
2.4.2	*Geweldsdelicten* Percentage geweldsdelicten tegen medewerkers op totaal aantal geweldplegers	---	---	79,3
2.4.1/2.4.3	*Geweldsdelicten* Percentage geweldsdelicten tegen zichzelf op totaal aantal cliënten	16,7	52,2	86,2
2.4.3	*Geweldsdelicten* Percentage geweldsdelicten tegen zichzelf op totaal aantal geweldplegers	13,3	47,8	79,3
3.1	*Betrokkenheid omgeving*	---	0,0	---
3.2.a	*Persoonlijke verzorging* Percentage cliënt bij wie dit gemeten is	---	4,3	---
3.2.c	*Persoonlijke verzorging* Oordeel cliënt	---	0,0	---
3.3	*Wachttijd tot start behandeling ambulant*	23,3	65,2	---
3.3	*Wachttijd tot start behandeling klinisch*	26,7	52,2	---
3.3	*Wachttijd tot start behandeling RIBW*	3,3	8,7	---
3.4	*Passendheid van zorg*	---	0,0	---
3.5.a	*Continuïteit van zorg* Percentage cliënten dat een vervolgbehandeling in de GGZ of MO behoeft	6,7	78,3	---

Indicator	Variabele	Dekkings-graad 2009 N=30 (%)	Dekkings-graad 2010 N=23 (%)	Dekkings-graad 2011 N=29 (%)
3.5.b	*Continuïteit van zorg* Percentage cliënten met wie daadwerkelijk een vervolgcontact is gelegd met zorgaanbieders	0,0	78,3	---
3.5.c	*Continuïteit van zorg (oordeel cliënten)* Percentage cliënten dat aangeeft dat de instelling contact heeft gelegd met vervolgzorg	---	13,0	---
3.6	Informatieverstrekking (oordeel cliënt)	---	43,5	---
3.7	*Bejegening (oordeel cliënt)*	---	47,8	---

** Voor het verslagjaar 2009 werd de verandering in ernst problematiek opgesplitst naar diagnosegroepen, vanaf 2010 niet meer. Hier is de range aan dekkingsgraden per diagnosegroep weergegeven.*

Bijlage hoofdstuk 2

Meetinstrumenten in ROM bij Rivierduinen voor verschillende stoornissen[1]

	Zelfrapportage	Beoordelingsschalen
Generiek	BSI, MASQ, SF36, DAPP-SF	CPRS, GAF, CGI
Stoornisspecifiek		
Depressie en dysthymie	BDI-II, DAS13	
Bipolaire stoornis	BDI-II, DAS13	MRS
Angststoornissen • Paniekstoornis • Sociale fobie • Gegeneraliseerde angststoornis • Specifieke fobie • Obsessief-compulsieve stoornis • PTSS	 PAI, AGO SFS, SIAS PSWQ, WDQ FSS-IIIr, IFS, POQ PADUA, III IES, ZIL	 PDSS LSAS Y-BOCS
Somatoforme stoornissen • Hypochondrie • BDD • Chronisch vermoeidheidssyndroom • Prikkelbare darm syndroom • Fibromyalgie • Pijnstoornis • Niet cardiale pijn borst	LKV55, IAS WI BDI-II, SFS, SIAS CIS20R CS-FBD, ROME FIQ, TSK PCCL, TSK BSQ	SOM HYP-YB BDD-ybocs

[1] Zie voor een volledige beschrijving van de meetinstrumenten:
https://www.lumc.nl/rep/3010/att/1002110911162029.pdf

Trimbos instituut



Dit rapport gaat in op het streven om transparante informatie te verkrijgen over de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg in de geestelijke gezondheidszorg. In twee hoofdstukken wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen rond twee methoden die gericht zijn op het verkrijgen van kwaliteitsinformatie: Prestatie-indicatoren (hoofdstuk 1) en Routine Outcome Monitoring (ROM) (hoofdstuk 2). Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de recente koppeling die tussen beide methoden gemaakt wordt.

Dit rapport is uitgebracht in het kader van de Trendrapportage GGZ 2012. Publicaties in het kader van de Trendrapportage GGZ verschijnen jaarlijks en bieden overzichten van de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ op drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

www.trimbos.nl

ISBN: 978-90-5253-738-2